Rok XLIV. Kraków 20 Maja 1905. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów w sprawie leczenia krwawnic wypadniętych i zgorzelą dotkniętych [1]).

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniwer. lwowskiego.

Wypadnięcie i uwięźnięcie guzów krwawniczych wewnętrznych leczy się powszechnie odprowadzeniem przy wysokiem ułożeniu miednicy, ewentualnie przy użyciu miejscowego znieczulenia, a następnie poleca się choremu spokojne leżenie w łóżku przez kilka dni. Jeżeli z powodu nadzwyczajnej bolesności guzy odprowadzić się nie dadzą, stosuje się worek lodowy na okolicę odbytnicy i układa się chorego przy wysokiem ułożeniu miednicy. Jeżeli i wtedy odprowadzenie nie udaje się, rozszerza się otwór stolcowy sposobem Récamiera w uśpieniu chloroformowem, poczem z łatwością dają się guzy odprowadzić (Esmarch). Jak należy postępować przy powikłaniu wypadnięcia guzów krwawniczych zgorzelą, zdania co do odpowiedniego postępowania są podzielone. Większość atoli chirurgów przychyla się do zdania, że operacyi doszczętnej, a nawet odprowadzenia przy tem powikłaniu należy zaniechać i że należy wyczekiwać samoistnego oddzielenia się części zgorzelinowych przy użyciu środków kojących ból i przeciwgnilnych [2]). Esmarch [3]) natomiast radzi wobec zgorzeli guzów krwawniczych forsownie rozszerzyć otwór stolcowy, odprowadzić guzy i wyczekiwać samoistnego oddzielenia się części dotkniętych zgorzelą. Tylko Quenu i Hartmann [4]) w dziele swojem o chorobach odbytnicy polecają w tych przypadkach przystępowanie bezzwłoczne do zabiegu doszczętnego przez użycie żegadła (*cauterium actuale*) według metody Richeta. Autorowie angielscy, a między nimi Henry Smith i Harrison Cripps, polecają w tych przypadkach leczenie wyczekujące.

W ostatnich latach miałem sposobność spostrzegania 3 przypadków wypadnięcia guzów krwawniczych z równoczesnem uwięźnięciem i zgorzelą guzów i we wszystkich 3 zastosowałem operacyę doszczętną zapomocą powszechnie znanej, dawnej metody, wprowadzonej w Anglii przez H. Smitha, a w Niemczech przez B. Langenbecka — spalenia guzów zapomocą termokauteru Paquelina.

Myślą przewodnią tego postępowania było, że mamy tu do czynienia ze zgorzelą, wywołaną wprawdzie wstrzymaniem krążenia krwi, do którego jednak przyłącza się zawsze zakażenie miejscowe. Podobnie, jak przy zgorzeli kończyn wskazanem jest w podobnych razach odjęcie kończyny, ażeby nie dopuścić do zakażenia ogólnego, tak samo i tu przez szybkie usunięcie ogniska posoczniczego możemy zapobiedz ogólnemu zakażeniu ustroju.

Operacyę wykonywałem w sposób następujący: W głębokiem uśpieniu chloroformowem rozszerzałem odbytnicę sposobem Récamiera, przez co usuwałem uwięźnięcie, a guzy wypadały zupełnie. Każdy z guzów dotknięty zgorzelą ujmowałem w kleszcze zaciskające Smitha, o ile możności przy nasadzie, t. j. w pewnej odległości od miejsca dotkniętego zgorzelą, nożem termokauteru amputowałem najpierw część zgorzelinową, a następnie spalałem szypułę guza aż do kleszczy. Odbytnicę tamponowałem lekko gazą jodoformową, chorego pozostawiałem na płynnej dyecie i podawałem mu nalewkę makowcową w celu opóźnienia stolca aż do 6-go lub 7 dnia po operacyi, poczem ranę opatrywałem maścią z azotanem srebrowym. Postępowanie zatem nie różniło się wiele od operacyi niepowikłanych guzów krwawniczych; różnica polegała tylko w tem, że przy operacyi zwykłej spalam guzy całe aż do uciskadła przy użyciu miernego ognia, a tu usuwałem termokauterem najpierw część dotkniętą zgorzelą, a następnie spalałem resztę guza.

Użycie tylko miernego żaru termokauteru jest rzeczą ważną, gdyż strup, powstający wtedy, jest o wiele grubszy, aniżeli po nagłem spaleniu przez użycie palnika rozpalonego do białości. Jeżeliby pewna część guzów nie uległa jeszcze zgorzeli, to należałoby je spalać całkowicie.

Nadmienić tu muszę, że od przeszło 20 lat nie stosuję wcale innej metody operacyi guzów krwawniczych niepowikłanych zgorzelą i zawsze miałem po tym zabiegu bardzo dobre wyniki (nigdy nie zauważyłem ani zwężenia odbytnicy, ani krwotoków, ani też nawrotów choroby).

Przypadki moje były następujące:

1. *H. T.*, 45-letni urzędnik, cierpiał od 10 lat na guzy krwawnicze wewnętrzne z obfitymi krwotokami i nieżytem odbytnicy. Od 3 lat zauważył wypadanie guzów tych przy każdem oddawaniu stolca, przyczem zawsze dawały się one odprowadzić. Przed 3 dniami po forsownym spacerze w górach wypadły guzy ponownie i chory nie mógł ich więcej odprowadzić do odbytnicy, co spowodowało znaczny ból i 3 bezsenne noce. Chorego przywieziono do Lwowa. Wezwany dnia 26/VIII 1900 zastałem go w następującym stanie: Chory niedokrewny, ciepłota 38,5, tętno 100. Wypadnięte guzy krwawnicze przedstawiały obrzęk wielkości jaja gęsiego. Cztery guzy wielkości orzecha włoskiego dotknięte były znacznie posuniętą zgorzelą i wydzielały ciecz posokowatą, mocno cuchnącą. Choremu podano olej rącznikowy, a następnego dnia po obfitych wypróżnieniach stolcowych i przepłokaniu odbytnicy słabym roztworem lysolu, wykonałem operacyę doszczętną w głębokiem

[1]) Podług wykładu wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem dnia 21 października 1904 r.

[2]) Porównaj: Rotter: „Handbuch der praktischen Chirurgie". Tom III, część II, str. 73.

[3]) „Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters". Deutsche Chirurgie. Tom 48. str. 177.

[4]) „Chirurgie du rectum". Tom I. str. 394.

uśpieniu chloroformowem w sposób powyżej podany. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, ciepłota ciała spadła w 2 dni po operacyi do stopnia prawidłowego. Chory czuje się obecnie zupełnie zdrowym.

II przypadek dotyczył 65-letniego mężczyzny, cierpiącego od 15 lat na guzy krwawnicze, uporczywe krwotoki i nieżyt odbytnicy. Wypadnięcie guzów miał już kilkakrotnie, mógł je atoli zawsze odprowadzić. Dnia 25/XII 1901 r. ponowne wypadnięcie, którego już odprowadzić nie mógł. Zgłosił się do mnie w 3 dni po wypadnięciu z objawami zgorzeli obwodowej. Trzy guzy krwawnicze uległy zgorzeli. Chory gorączkował, ciepłota 38,0, tętno 90. Po odpowiedniem przygotowaniu chorego wykonałem nazajutrz operacyę doszczętną w znieczuleniu miejscowem kokainą. Przebieg po operacyi był zupełnie pomyślny, ciepłota ciała opadła po kilku dniach do stopnia prawidłowego, a chory wyzdrowiał.

III przypadek dotyczył 30-letniej kobiety, będącej w 5 miesiącu ciąży, cierpiącej od kilku lat na guzy krwawnicze, które w ostatnich miesiącach znacznie krwawiły i często wypadały, jednak dawały się zawsze łatwo odprowadzić. Wezwany dnia 12 stycznia 1904 r., zastałem chorą, wijącą się w bolach, gorączkującą. Otwór stolcowy był otoczony wieńcem znacznych guzów, z których 4 uległy dość daleko posuniętej zgorzeli. Części zgorzelą dotknięte czarne, wydzielają obficie ciecz mazistą, posokowatą, mocno cuchnącą. Operacyę doszczętną w uśpieniu chloroformowem wykonałem 13/I 1904; przebieg po operacyi był zupełnie pomyślny, ciepłota ciała spadła w przeciągu kilku dni do stopnia prawidłowego; trwałe wyzdrowienie. Operacya nie spowodowała żadnych szkodliwych następstw dla ciąży.

Na podstawie doświadczenia, zrobionego w przypadkach wyżej przytoczonych, przyszedłem do następujących wniosków:

1. Wyczekiwanie samoistnego oddzielenia się części zgorzelinowych wypadniętych guzów krwawniczych jest nie tylko zupełnie zbytecznem, ale może się stać nawet niebezpiecznem, gdyż przez wessanie ustrojów chorobotwórczych z ogniska zakażonego może nastąpić ogólne zakażenie.

2. W przypadkach takich należy po odpowiedniem przygotowaniu chorego i pola operacyjnego przystępować bezzwłocznie do operacyi doszczętnej zapomocą rozszerzenia odbytnicy, założenia kleszczy zaciskowych i zwęglenia guzów termokauterem.

3. Operacya doszczętna zapomocą termokauteru powinna być w tych przypadkach operacyą wyboru, gdyż skraca znacznie leczenie, usuwa bole i ognisko zakażone, a tem samem zapobiega niebezpieczeństwu ogólnego zakażenia ustroju, a wreszcie zabezpiecza przed możliwymi następowymi krwotokami, które nieraz powstają przy oddzielaniu się części zgorzelinowych.

4. Ciąża nie powinna tu stanowić przeciwwskazania do operacyi doszczętnej; przeciwwskazania będą tu prócz zakażenia ogólnego stanowić te same sprawy chorobowe, które także wobec krwawnic niepowikłanych zgorzelą istnieją, przedewszystkiem zaś choroby nerek i serca.

II. Z zakładu higieny Uniw. Jag. pod dyrekcyą Prof. O. Bujwida.

Pogląd na naukę o wściekliźnie.

Napisał

R. Nitsch, asystent Zakładu.

(Dokończenie.)

Przechodzę w końcu do sprawy zapobiegania wściekliźnie. Opisałem już w krótkich słowach, jak Pasteur doszedł do tego. Metoda przez niego wprowadzona zachowała się dotąd prawie bez zmiany: różne zakłady szczepień ochronnych wprowadziły tylko nieznaczne modyfikacye szematu, podanego przez Pasteura. I tak w jednych zakładach szczepią tylko raz na dzień i trzymają pokąsanych 3—4 tygodni, a nawet dłużej. W innych szczepią 2 razy dziennie i trzymają chorych 10—14 dni. Jedni rozpoczynają szczepienie od rdzeni, poddanych wysychaniu przez 12 lub 10 dni, a kończą na rdzeniach 2-dniowych; inni zaczynają szczepić od rdzeni 8—10-dniowych i kończą na 1 lub 2-dniowych. Jedni używają mleczanki gęstszej, drudzy trochę rzadszej. Właściwie tylko Högyes w Budapeszcie wprowadził modyfikacyą zasadniczą, a mianowicie szczepienie zupełnie świeżymi rdzeniami, ale znacznie rozcieńczonymi. Rozpoczyna on szczepienia od rozcieńczeń 1:10000, a kończy na rozcieńczeniach 1:100 lub 1:200. Jednak metodę Högyesa stosują wyłącznie w Budapeszcie. Wreszcie w ostatnich latach spotyka się często próby otrzymania surowicy przeciw wściekliźnie i zastosowania jej w praktyce. O ile mi wiadomo, najdalej pod tym względem zaszedł Babes w Bukareszcie: w każdym razie poza okres prób leczenia to nie wyszło. Słusznie zatem powiedzieć można, że metoda zapobiegania wściekliźnie, podana przez Pasteura, zachowała się dotąd prawie bez zmiany. W przebiegu lat zaczęło jednak to przypuszczenie zyskiwać coraz więcej zwolenników, że zarazek stały (*virus fixe*) jest nieszkodliwy dla człowieka przy szczepieniu podskórnem. Wskutek tego pojawiać się zaczęły coraz śmielsze próby na ludziach w tym względzie. Ferrán szczepił świeżym rdzeniem (zdaje się jednak, że gotowanym poprzednio) kilkudziesięciu ludzi z dodatnim wynikiem. Bareggi we Włoszech szczepił również świeżym rdzeniem (nie gotowanym). Zmarło mu jednak 5 ludzi wskutek tych szczepień, poczem rząd włoski zamknął jego zakład. Okazało się potem, że Bareggi nie używał stałego zarazka (*virus fixe*), ale zarazka jeszcze nie ustalonego, który za krótko jeszcze był królikom podoponowo szczepiony (Remlinger). Wreszcie w r. 1902 zaszczepił Wysokowicz w Kijowie kilkudziesięciu osobom ciężko pokąsanym do żyły świeży zarazek z dodatnim wynikiem.

W Zakładzie higieny w Krakowie uczyniono przed 17 miesiącami doświadczenie z zaszczepieniem człowiekowi pod skórę brzucha znacznej ilości mleczanki ze zupełnie świeżego rdzenia, pochodzącego z królika, padłego przed kilku godzinami na wściekliznę laboratoryjną. (Doświadczenie na sobie samym). I to doświadczenie potwierdziło w zupełności przypuszczenie o nieszkodliwości tego zarazka dla człowieka przy podskórnem szczepieniu. Zaczęto tedy szczepić ludzi pokąsanych energiczniej, niż dotąd, mianowicie zaczynano szczepienie od rdzeni 6-dniowych, a kończono na 1-dniowych. Teraz szczepi się jeszcze energiczniej, zaczynając od 5, a nawet 4-dniowych rdzeni i kończąc na 1-dniowych. Od czasu wprowadzenia tych szczepień wynik leczenia nieco się poprawił, jak to okazuje statystyka zakładu prof. Bujwida za ostatnie 2 lata.

W r. 1903 szczepiono osób 556, z tych zmarły 4.
„ „ 1904 „ „ 605 „ „ 4.

Z tego szczepiono w r. 1903:

Metodą dawniejszą, mniej energiczną:
osób 448, z tych zmarły 4.

Metodą wzmocnioną, przed chwilą opisaną:[4])

osób 108, z tych zmarły 0.

W r. 1904 szczepiono metodą dawniejszą, słabszą:[5])

osób 100, z tych zmarły 2[6]).

Metodą energiczniejszą:

osób 516, z tych zmarły 2,

nadto jedna z tych 2 zmarłych osób (*K. G.* lat 65 z powiatu mieleckiego) przerwała samowolnie leczenie mimo przestróg i odjechała do domu. Kobieta ta nie była zatem szczepiona najsilniejszymi rdzeniami, które stosuje się zawsze w ostatnich dniach. Wskutek tego nie może ona też obciążać naszej statystyki. Z tą poprawką więc mieć będziemy na 515 osób, leczonych wzmocnioną metodą w r. 1904, zmarłą tylko 1 osobę (Zofię Krawcównę lat 11). Połączenie obu statystyk z r. 1903 i 1904 przedstawi się więc w taki sposób:

Metodą słabszą szczepiono:

osób 548, z tych zmarło 6.

Metodą silniejszą szczepiono:

osób 623, z tych zmarła 1.

Ściśle biorąc *K. G.* powinnaby być zaliczoną do kategoryi słabszych szczepień, coby jeszcze więcej podkreśliło tę różnicę.

Niestety w r. 1905, jakkolwiek stosujemy od początku metodę energiczną, mieliśmy już 2 wypadki śmierci. (*J. S.* zachorował, wracając z Zakładu do domu i umarł w Przemyślu, *T. B.* zmarła w Dębicy w kilka dni po opuszczeniu Zakładu). Ciekawą jest rzeczą, że wszystkie te 10 osób zmarłych od r. 1903 na wściekliznę mimo leczenia, były pokąsane w rękę. Nie zmarł zaś ani jeden pokąsany w głowę. Tłómaczymy to sobie w ten sposób, że na pokąsanych w głowę, jako najniebezpieczniej skaleczonych, zwracamy zawsze baczną uwagę i nie żałujemy dla nich obfitej ilości świeżych rdzeni. Na pokąsanych zaś w rękę nie zwraca się baczniejszej uwagi, jako na mniej niebezpieczne skaleczenia. Zwrócił mi na to uwagę kolega Klemensiewicz. Będzie to dla nas również nauką na przyszłość.

W tem stosowaniu leczenia energicznego nie jest odosobniony krakowski Zakład prof. Bujwida. W Wilnie Dr Orłowski szczepi również znaczne ilości świeżych rdzeni, a w ostatniej swej statystyce, obejmującej 300 wypadków pokąsań przez wilki, podaje i Babes z Bukaresztu, że miał dobre wyniki tam, gdzie stosował bardzo energiczne szczepienie świeżych (1-dniowych) rdzeni.

Na pewne więc powiedzieć można, że tą drogą pójdzie dalszy postęp w sprawie zapobiegania wściekliźnie. Prawdopodobnie już za kilka lat nie będzie się więcej używać starszych rdzeni i będzie się stosować zupełnie świeże. Oczywiście przyczyni się to także do znacznego skrócenia czasu leczenia, który dzisiaj wynosi jeszcze przynajmniej 10 dni, a średnio 2—3 tygodni, a nawet 30 dni.

Na podstawie doświadczeń Orłowskiego, Babesa i naszych można również uważać za płonną tę obawę, przytaczaną przez niektórych autorów, że chociaż zarazek wścieklizny stałej jest nieszkodliwy dla człowieka, to jednak toksyna, czyli jad, wytwarzany przez ten zarazek, a znajdujący się w znacznej ilości w rdzeniu, może być niebezpieczny. I dlatego, sądzą ci autorowie, nie można będzie stosować szczepienia większej ilości świeżego rdzenia. Praktyka lat ostatnich wykazała, że była to obawa czysto teoretyczna. Już setkom osób szczepiono świeży rdzeń 2-, 1- a nawet 0-dniowy w wielkich stosunkowo ilościach bez najmniejszych powikłań.

W końcu tego szkicu należałoby zwrócić uwagę kierowników zakładów szczepień ochronnych na konieczną potrzebę robienia sekcyi każdego królika, którego rdzeń ma służyć do szczepienia ludziom. Właściwie rozumie się to samo przez się, ale z doświadczenia wiadomo, że bardzo często zaniedbuje się tego obowiązku. Kto wie, czy to zaniedbanie nie stało się przyczyną niejednej smutnej komplikacyi. Nie powinno się szczepić ludziom żadnego rdzenia, jeśli sekcya królika nie wykazała całkiem prawidłowego stanu reszty ustroju.

Dnia 31. X. 1904 r. padł w Zakładzie krakowskim królik, zaszczepiony przed 246 dniami podskórnie zarazkiem stałym. Sekcya wykazała rozległe zmiany gruźlicze w płucach, kątnicy, nerkach, jądrach, w stawach dwóch kończyn i na łopatce; mniejsze zmiany w śledzionie i w jelitach. Rdzeń i mózg nie okazywały makroskopowo żadnych zmian. Ponieważ ten królik był szczepiony przed 8 miesiącami stałym zarazkiem, pragnąłem więc przekonać się, jaki wynik da dalsze podoponowe zaszczepienie jego rdzenia. Zaszczepiłem więc kawałek rdzenia przedłużonego pod oponę 2 królikom: Jeden z nich zginął 28. XII., t. j. po 58 dniach, a sekcya wykazała bardzo znaczne zmiany gruźlicze w mózgu i na podstawie półkul (*meningitis basilaris*)[7]). Drugi królik padł dnia 4. II. 1905, t. j. po 96 dniach. Sekcya wykazała rozległe zmiany gruźlicze w płucach, śledzionie i nerkach. Mózg zaś i rdzeń przedstawiał się na oko prawidłowo. Rozpoznanie makroskopowe stwierdzone zostało w obydwóch przypadkach badaniem na prątki.

Jest to więc dowód, że nawet gruźlicę możnaby ludziom przeszczepić zapomocą rdzenia makroskopowo prawidłowego, jeżeli królik, z którego rdzeń ten pochodził, okazywał zmiany gruźlicze w innych narządach.

Prócz tego w ostatnich miesiącach stwierdziłem raz ropne zapalenie otrzewnej u królika, którego rdzeń już w kolbki zawieszono, celem szczepienia ludziom. Drugi raz sekcya wykazała stan zapalny w płucach i obfitą mętną wypocinę w jamach opłucnych. U trzeciego znowu królika wykazano ograniczony ropień w mózgu. Zauważyć należy, że wszystkie te króliki zginęły całkiem typowo po 8 dniach na wściekliznę i że rdzeń ich nie okazywał makroskopowo żadnych zmian.

A zatem dokładna sekcya królików, których rdzeń ma być szczepiony ludziom, powinna być obowiązkiem wszystkich zakładów pasterowskich.

Jeżeli teraz, dobiegłszy do końca rozprawki, rzucimy okiem wstecz, to stwierdzimy dwa główne zjawiska, w których streszcza się cały rozwój, jaki odbyła nauka o wściekliźnie w ostatnich kilku latach. Te dwa zjawiska są: odkrycie Negriego i poznanie nieszkodliwości dla człowieka zarazka stałego przy podskórnem szczepieniu. Odkrycie Negriego jest ogromnej wagi dla teoryi wścieklizny i zdoła

[4]) Od dnia 8. IX. do 31. XII. 1903.

[5]) Od dnia 1. I. do 14. III. 1904.

[6]) *M. Ch.*, lat 14 z pow. Cieszanowskiego i *J. L.*, lat 72 z pow. Miechowskiego w Królestwie.

[7]) W innych narządach zmian nie wykryto.

prawdopodobnie wkrótce oświetlić te mroki, w których pogrążona była etyologia tej choroby. Poznanie zaś nieszkodliwości zarazka stałego posiada wielkie znaczenie praktyczne i pozwoli prawdopodobnie wkrótce uratować życie wielu z tych pokąsanych, którzy przy dawnej metodzie szczepienia byliby na śmierć skazani. Być może również, że poznanie to umożliwi lekarzom szczepienie pokąsanych na miejscu, po sprowadzeniu szczepionki z zakładu.

III. Oceny i sprawozdania.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** *(I. Bd. mit 47 Abbildungen im Text u. einer Tafel.* Lipsk, nakładem J. Ambrosiusa Bartha 1903. Stron VIII + 716. Cena broszur. M. 17).

Znany pedyatra berliński, a przedtem profesor w Lipsku, czyni w tej pracy wyznanie, w jaki sposób naucza i kształci słuchaczów, a zarazem dzieli się z czytelnikiem znacznym zasobem swego obfitego doświadczenia pedyatrycznego. Myśl ogłoszenia plonu długoletniego doświadczenia i nagromadzenia bogatego materyału powziął autor jeszcze przed 14 laty, lecz różne inne zadania i zajęcia odciągnęły go od tego zamiaru tak, że dopiero w październiku 1903, w dniu uroczystego otwarcia nowej Kliniki chorób dziecięcych w Berlinie, mógł się ukazać pierwszy tom jego podręcznika. Z każdego słowa bije samodzielny pogląd doświadczonego pedyatry, klinicysty i nauczyciela, a wszystko to z jednoczesnem uwzględnieniem wyników spostrzeżeń i badań teoretycznych innych badaczy. Przy każdej niemal chorobie uwzględnione zostały w szerokiej mierze jej etyologia bakteryologiczna z ilustracyami drobnowidowego obrazu odpowiednich bakteryi. Przedstawiane są również wyniki badań krwi w różnych chorobach dziecięcych.

Wydany dotychczas tom pierwszy podzielił Heubner na sześć części, z których pierwsza jako wstęp, przedstawia rozwój i fizyologię narządów oseska, jakoteż zarys badania dzieci chorych. Przytoczę tu tylko nieco z tego, co mówi H. o ciepłocie i jej mierzeniu u dzieci. U małych dzieci, a nawet u starszych, najdokładniej mierzy się ciepłotę, a także i najszybciej, w odbytnicy. Jeśli dla jakichkolwiek powodów nie chcemy użyć tego sposobu, n. p. w niektórych chorobach jelit, należy się zawsze jeszcze pierwszeństwo pachwinie przed pachą. Ciepłomierz, posmarowany czystą oliwą lub waseliną, wprowadza się głęboko do odbytnicy, aż poza zwieracz zewnętrzny, t. j. 5—6 cm. głęboko w kierunku osi podłużnej ciała i zostawia się tam przez trzy minuty, podczas gdy w zamkniętej pasze dopiero po kwadransie osiąga się ciepłotę krwi. Po każdem mierzeniu w odbytnicy należy ciepłomierz jak najsumienniej oczyścić, a w szpitalach przyrząd ten powinien być osobny dla każdego dziecka. Ciepłota prawidłowa u dzieci waha się przy mierzeniu w odbytnicy między 36·8 a 37·8, to znaczy w czasie zwolnienia okresowego, nad ranem i przedpołudniem ciepłota nie powinna przekraczać 37·2, wieczorem zaś może dosięgnąć 37·8, nawet 37·9, nie przekraczając jeszcze normy. Przy mierzeniu w pasze należy wszelkie stopnie wziąć niżej o 0·5°. Niektóre twierdzenia nowsze, jakoby ciepłota wieczorna u dzieci, wynosząca 37·2—37·3, nie była już prawidłową, są mylne i pochodzą prawdopodobnie z mierzeń niedostatecznie i nie dość długo przeprowadzonych. Ciepłota u dzieci o wiele więcej się waha ku górze i dołowi, niż u dorosłych. U wcześniaków bardzo łatwo spada niżej normy; u noworodków zdarzają się bardzo często stany gorączkowe, którym nie towarzyszą zresztą żadne inne objawy.

Część druga książki poświęcona chorobom noworodków, w szczególności zaś opisane są w osobnych rozdziałach czaszka z szczerbami (*Lückenschädel*), zapalenie sutków, zapalenie rzeżączkowe spojówek u noworodków. Dokładnie opisane są choroby pępka i wogóle cały podręcznik jest dobrze ułożony, gdyż każda choroba została przedstawioną w osobnym rozdziale. Z chorób noworodków wspomnieć jeszcze należy o ostrem zwyrodnieniu tłuszczowem, czyli chorobie Buhla, rzadkiej i zresztą jeszcze nie dokładnie zbadanej zmianie, jakoteż o rzadkiej chorobie Winkla, nie mającej dotychczas ważnego znaczenia praktycznego, a której głównym objawem w przypadkach opisanych jest rozpad ciałek czerwonych krwi.

Część trzecia zajmuje się chorobami osesków; ważną część tego rozdziału zajmują choroby narządu trawiennego i drgawki, a pomiędzy pierwszemi osobno omawiane są zaburzenia czynności trawiennych dzieci, karmionych piersią, jakoteż wrodzone zwężenie odźwiernika osesków. Do opisu drgawek dołączył autor obraz kurczu głośni i tężyczkę małych dzieci; krótkie historye chorób ułatwiają lepsze zrozumienie treści. Jako osobną chorobę omówił autor „zapalenie ropne wielu błon surowiczych *(polyserositis purulenta)*". Przyczyną tego zapalenia ropnego jest zazwyczaj dwoinka zapalenia płuc, dlatego wydaje się prawdopodobnem, że mamy w tych przypadkach do czynienia z zakażeniem, wychodzącem z płuc. Choroba ta zresztą nie ogranicza się, jak się zdaje, do samych osesków.

Część czwarta, najobszerniejsza w tym tomie, zawiera ostre choroby zakaźne. Omawiane są tu: ospa i szczepienie ochronne krowianką; dokładnie są opisane różne powikłania błonicy i zestawione w osobnych działach. W leczeniu duru brzusznego H. oddaje pierwsze miejsce leczeniu wodą, lecz nie kąpielom zimnym, a tylko ciepłym na 32—35° C., trwającym 5—10 minut i połączonym z zimnemi zlewaniami 1—1½ l. wody na 6—12° C. Celem kąpieli i zlewań nie jest obniżenie gorączki, lecz stan durowy i objawy nerwowe. Prócz tego autor stosuje często zmieniane okłady, pokrywające przednią część tułowia, od szyi do ud. W celu zwalczania wysokiej gorączki podaje H. podczas zwolnienia rannego wielkie dawki chininy 0·3—0·6. W jednym rozdziale uwzględnił autor także mór, w którym rokowanie u dzieci zdaje się być wogóle nieco lepszem. Dla zupełności powinien był także i dur osutkowy opisać, zdarzający się bądź co bądź u dzieci starszych i mający u nas większą ważność, niż mór. Jako choroby zakaźne opisane są w dalszym ciągu: ostry gościec stawowy, pląsawica zwykła *(ch. minor)*, nagminne zapalenie opon mózgowych i ślinianki przyusznej, róża, grypa, krztusiec i zimnica. Co do ostrego gośćca stawowego, to nie sądzę, ażeby był on w pierwszych latach życia tak bardzo rzadkim, jak twierdzi Heubner. Za najprawdopodobniejszą przyczynę krztuśca uznaje H. prątki małe, podobne do prątków grypy, które Czaplewski z Królewca opisał w r. 1897. Wrażliwość na krztusiec istnieje już bardzo wcześnie i H. widział zakażenia tą chorobą, występujące wkrótce po urodzeniu.

Wypada jeszcze wymienić kilka zdań z opisu grypy u dzieci.

Choroba ta przebiega u dzieci najczęściej w postaci jednodniowej wysokiej gorączki, a bole tak ważne zajmują tu miejsce, że osesek w grypie bardzo często płacze, a szczególnie jest bardzo niespokojny w nocy. Lecz te gwałtowne objawy podmiotowe i gorączka szybko ustępują i wychodzą na jaw wyraźne zaburzenia w narządzie oddechowym, t. j. ostry nieżyt nosa i oskrzeli. Właściwem dla grypy dziecięcej jest częste przejście nieżytu na jamę bębenkową, przyczem błona bębenkowa ulega zawsze zapaleniu krwotocznemu. Powikłanie to u oseska jest tak częste, że można je prawie uznać za znamienne. Dlatego w każdym przypadku niewyraźnej gorączki u osesków należy zbadać błonę bębenkową i ewentualnie ją nakłuć. Nieraz w grypie dzieci występuje niezwykła i ciężka do przezwyciężenia śpiączka, stan prawie letargiczny, utrzymujący się przez kilka dni, który jednak kończy się dobrze, a Heubner zaleca wtedy ciepłe kąpiele z zimnemi zlewaniami.

Część piątą dzieła swego poświęcił Heubner prze-

wlekłym chorobom zakaźnym, t. j. gruźlicy, zołzom i kile wrodzonej. H. sądzi, że pojęcie zołzów pokrywa się z pojęciem gruźlicy, mimo to jednak uważa za stosowne zatrzymanie wyrazu zołzy, gdyż oznacza on rzeczywiście właściwą wiekowi dziecięcemu postać gruźlicy, która dość często przybiera niespostrzeżenie inne formy przebiegu, lecz dla swej nadzwyczajnej częstości zasługuje na szczególne wyodrębnienie. Płuca i u dzieci są najczęstszemi wrotami wtargnięcia prątka gruźliczego, rzadziej natomiast jelita, które prawie zawsze ulegają zakażeniu następowemu, powstałemu z połykanych plwocin. Nie ulega jednak wątpliwości, że zdarzają się i pierwotne zakażenia jelit. Przy żywieniu dzieci gruźliczych i zołzowych baczyć należy na przysparzanie im pokarmów dobrze strawnych o wysokiej wartości pożywnej, przyczem tłuszcze i węglowodany wielką powinny odgrywać rolę. Dlatego H. nie uważa za stosowne, by zołzowym zalecać dyetę przeważnie białkową, gdyż przeciwnie mięso i jaja są lepiej wyzyskane, jeśli są spożyte równocześnie i obficie z węglowodanami, a więc bułką, ziemniakami i innemi mącznemi leguminami. Jarzyny zielone, owoce, miód i t. p. przysparzają znowu ustrojowi cukru i soli organicznych. Tłuszcz podaje się pod postacią mleka, dobrego i świeżego masła, śmietany i tranu. W sferach mniej zamożnych podajemy z ciał białkowatych ser słodki (twaróg), a tłuszcz w postaci słoniny, kiełbasy i t. d., znów w połączeniu z chlebem, ziemniakami, sałatą, kwaśnymi ogórkami i t. p. Prócz hartowania zaleca się tym osobnikom pobyt nad morzem lub w górach i kąpiele solankowe. Gdzie zaś kąpiele solankowe nie są wykonalne, albo jeśli istnieje obawa przed zbyt silnie drażniącym ich skutkiem, można w podobnym celu polecać wcierania mydła szarego według Kapessera. W gruźlicy gruczołów chłonnych należy je wyłuszczać jedynie tylko w razie tak znacznego przerostu jednego lub kilku gruczołów, że powodują one oszpecenie lub inne niedogodności, gdyż Hagenbach spostrzegał kilkakrotnie po wyłuszczeniu gruczołów zołzowych wystąpienie gruźliczego zapalenia opon mózgowych, a zdarza się także, że po wyłuszczeniu gruczołów powstają świeże ich obrzęki na tej samej lub przeciwnej stronie szyi. Oczywiście, że gdzie nastąpiło zropienie gruczołów, należy je niebawem i szeroko przecinać.

Część szósta obejmuje choroby wzrostu, krzywicę i chorobę Barlowa. Tom ten zakończa wykaz nazwisk i alfabetyczny spis rzeczy. Prócz licznych ilustracyi książka odznacza się wybornym drukiem i dobrym papierem. Mimowoli nasuwa się czytelnikowi tego podręcznika Heubnera porównanie go z rozpowszechnioną książką Henocha, uchodzącą dotychczas niemal za najlepszy podręcznik chorób dziecięcych. Czy Heubner swą książką przewyższył Henocha? Stanowczo nie! Prawda, że podręcznik Heubnera odpowiada więcej wynikom najnowszych badań naukowych, że uwzględnia w zupełności bakteryologię i hematologię, że podział chorób jest więcej szczegółowy i że omawia wreszcie liczne choroby, których niema w książce Henocha (ospa, grypa, mór i inne rzadsze choroby); lecz styl Henocha jest żywy i potoczysty, czyta się gładko i przyjemnie i właśnie dla tego żywego i barwnego przedstawienia rzeczy czytelnik wiele więcej zatrzyma w pamięci. Styl Heubnera jest sucho-naukowy i niezawsze celuje nadzwyczajną poprawnością języka. Książka Heubnera w całości będzie też o wiele droższa i obszerniejsza, niż książka Henocha, gdyż w tomie drugim mają się jeszcze ukazać choroby jamy ustnej i dróg oddechowych, choroby mózgu, rdzenia i nerwice, choroby serca i naczyń, narządów moczowo-płciowych, narządów trawiennych w późniejszym wieku dziecięcym, wreszcie choroby skóry.

Dr. J. Fels.

V. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Stein. **O porażeniu nerwu twarzowego i podjęzykowego po porodzie odbytym siłami przyrody.** (*Zentralblatt f. Gyn.*, 1885, Nr. 1895, Nr. 11). Osoba młoda, krzywicza, której miednica jednak nie okazywała innych zboczeń oprócz nieznacznego zgrubienia na tylnej ścianie spojenia łonowego, urodziła po 21 godzinach płód donoszony, ważący 2500 grm., w położeniu czaszkowem I. Płód ten okazywał objawy porażenia nerwu twarzowego i podjęzykowego lewego, a w okolicy lewego wyrostka sutkowego obrzęk ciastowaty wielkości czereśni. Po 8 dniach objawy porażenia nerwu twarzowego ustąpiły, a po 13 także podjęzykowego. W piśmiennictwie znalazł S. tylko 2 przypadki, podobne do opisanego. Jako przyczynę porażenia nerwu w czasie porodu wogóle uważać można silny ucisk na pień jego, obrzęk lub krwiak dokoła nerwu. W swoim przypadku tłómaczy S. porażenie uciskiem pni nerwowych przez krwiaki, z których jeden widoczny był ponad wyrostkiem sutkowym lewym i ustąpił po 8 dniach, drugi zaś musiał leżeć na podstawie czaszki, uciskając jedynie na pień nerwu podjęzykowego, którego porażenie ustąpiło później, po 13 dniach. Ponieważ strona porażona, lewa, przesuwała się w czasie porodu koło wzgórka wcale nie sterczącego, a poród nie trwał zbyt długo, więc S. skłonny jest uważać za bezpośrednią przyczynę powstania obu krwiaków ucisk, wywarty ze strony lewego ramienia kości łonowej na lewą połowę twarzy podczas podpierania międzykrocza, które trwało około kwadransa.

B. Wojciechowski.

L. Gigli. **Cięcie łonowe jest operacyą chirurgicznie niepoprawną.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 11). Pouczający artykuł polemiczny, wywołany świeżem wystąpieniem P. Zweiffa w obronie cięcia łonowego. Z. dowodzi, że rana chrząstki równie dobrze się goi, jak rana kości, jeśli tylko przestrzega się bezgnilnego postępowania i z tego powodu uważa za rzecz prostszą i wygodniejszą otwarcie spojenia łonowego, niż przepiłowanie kości obok spojenia. G. zwraca uwagę na fałszywy punkt widzenia swego przeciwnika, gdyż aczkolwiek każdy na możność zgojenia się chrząstki zgodzić się musi, jednak w tym przypadku nie chodzi wcale o przecięcie chrząstki, lecz o otwarcie rozmyślne zdrowego stawu. Jeżeli się doda, że, jak to sam Z. przyznaje, przeprowadzenie postępowania bezgnilnego napotyka przy cięciu łonowem na dwie trudności, że w tych warunkach zawsze lepiej przebiegają rany kości, aniżeli chrząstki, a tembardziej zabiegi, połączone z otwarciem stawu, to wyższość operacyi Gigliego, pubotomii, staje się odrazu zrozumiałą. Wprawdzie poprawiła się dziś znacznie statystyka symfyseotomii w porównaniu z erą przedantyseptyczną, lecz wyniki te są o wiele gorsze od dotychczasowych wyników po operacyi Gigliego (60 przypadków wygojonych przez rychłozrost) i niema uzasadnionej czemkolwiek nadziei, aby na przyszłość im dorównały.

B. Wojciechowski.

Puppe. **O poronieniu zbrodniczem.** (*Mon. f. Geburtsh. und Gynäk.* Bd. XXI, H. 3, 1905). Opierając się na 28 przypadkach poronienia, w których autor zmuszonym był interweniować jako znawca sądowy, roztrząsa on w niniejszej publikacyi swoje spostrzeżenia. Pomiędzy spędzaczami płodu, którzy najczęściej rekrutują się z położnych i skazańców, wyróżnić można dwie grupy: zawodowych spędzaczy i okolicznościowych. Pierwsi używają do wywoływania sztucznego poronienia najczęściej środków zewnętrznych, mechanicznych, jak przekłucie pęcherza płodowego, wstrzykiwania płynu do pochwy i macicy — drudzy środków wewnętrznych, jak aloës, octan ołowiowy, napar z jałowca sawiny, szafran sproszkowany, krople cynamonowe i t. d. Do przekłucia pęcherza płodowego najczęściej używają cewników, jakkolwiek znane są przypadki, gdzie używano kawałków drzewa, owiniętych w płótno. Do wstrzykiwań natomiast używają strzykawek cynowych z odpowiedniemi nasadami kauczukowemi giętkiemi do wprowadzenia do ujścia zewnętrznego, dalej balonów gumowych, irygatorów. Zazwyczaj wszystkie te czynności, a zwłaszcza wstrzykiwania, robione są na osobie siedzącej, najczęściej na 2 rozstawionych krzesłach, by dostęp do części rodnych był lepszym, osoba natomiast spędzająca płód klęczy. Po wstrzyknięciu płynu, o ile tenże dostał się między jajo płodowe a ścianę macicy, występowało tejże samej nocy lub też następnego dnia krwawienie, a wkrótce potem wydalenie jaja płodowego; w jednym tylko przypadku jajo płodowe odeszło dopiero 6 dnia. Z pomiędzy tych 28 przypadków, 3 skończyły się niepomyślnie — dwa śmiercią (z tych jeden tuż zaraz po wstrzyknięciu płynu — zator powietrzny), jeden przewlekłem zakażeniem połogowem. Nierzadko zawodowi spędzacze płodu łączą podobne wstrzykiwania równocześnie z innymi zabiegami, jak gorące kąpiele nasiadowe, gorące kąpiele na nogi i masowanie kiszki stolcowej.

Dr. Cetnarowski.

Dr. Fleischmann. **Przyczynek do sprawy samowyleczenia nabłoniaka kosmkowego.** (*Mon. f. Geburtsh. und Gynäk.* Bd. XXI, H. 3, 1905). Autor opisuje wyleczenie przypadku

nabłoniaka, mimo, że nowotwór nie został w całości usuniętym, a to z powodu, że przy skrobaniu macicy przyszło do przedarcia ściany w miejscu usadowienia nacieku nowotworowego. Chora, ciesząc się w międzyczasie zupełnem zdrowiem, zastępuje w dwa lata po skrobance. Siedem tygodni przed końcem ciąży poród bliźniaczy; a ponieważ popłód mimo rozmaitych zabiegów odejść nie chciał, dostaje się znowu w ręce autora, a ten miał sposobność przy oddzielaniu łożyska obmacać całe wnętrze macicy i przekonać się, że rzeczywiście w tem miejscu, gdzie swego czasu nastąpiło przedarcie, znajduje się zagłębienie w ścianie macicy, pokryte od zewnątrz tylko blaszką otrzewnej, z nacieku zaś nowotworowego natomiast ani śladu. Autor, przytaczając jeszcze 10 innych przypadków z piśmiennictwa, w których również przyszło do wyleczenia po niezupełnym zabiegu, zastanawia się nad tem, jak sobie to należy tłómaczyć. Tłómaczenie Greina, że w każdym z tych przypadków nowotwór został w zupełności usunięty, nie przemawia mu do przekonania — zwłaszcza gdy spogląda na swój własny przypadek; również nie może się zgodzić na tłómaczenie Velitsa, że w tych przypadkach miało się do czynienia z samymi dobrotliwymi nowotworami, bo według tych cech mikroskopowych, jakie charakteryzują złośliwego nabłoniaka, nowotwór przypadku Hörmanna posiadał je w zupełności. Najwięcej jeszcze tłómaczyłoby mu twierdzenie Schmaucha, Scholtena, Veita, że ustrój matki wśród pewnych, a nam bliżej nieznanych warunków jest w stanie wytwarzać pewne substancye ochronne, np. „syncytiolysinę, która jest w stanie rozpuszczać pierwiastki nowotworowe. *Dr. Cetnarowski.*

Küstner. **Przyczynek do wskazań i sposobu sztucznego czynienia kobiety bezpłodną.** (*Mon. f. Geburtsh. und Gynäk.* Bd. XXI, H. 3, 1905). Sztuczne ubezpłodnienie kobiety powinno mieć miejsce tylko wtedy, jeżeli jest prawdziwie ważne wskazanie i jeżeli uzyskało się pod tym względem zgodę, tak ze strony kobiety, jakotoż jej męża. Do wskazań bezwzględnych należy zaliczyć zupełne ścieśnienie miednicy, gruźlicę płuc, przewlekłe zapalenie nerek i zabiegi operacyjne, po których zastąpienie byłoby połączone z niebezpieczeństwem dla matki. By wynik tego zabiegu był zupełnym, winno się zawsze wycinać, obydwie trąbki w całej ich długości, prócz tego wyciąć jeszcze klinowato w macicy część śródścienną trąbki, ranę w macicy dokładnie zaszyć i ewentualnie pokryć jeszcze plastycznie. Zabieg winno się zawsze robić, o ile to jest możliwem, przez otwarcie jamy brzusznej, gdyż tylko w ten sposób można robić łatwo, dobrze i czysto. Do takich wniosków dochodzi Küstner na podstawie własnych spostrzeżeń w tym kierunku i w tym celu przytacza dwa przypadki, gdzie skutkiem umocowanego tyłozgięcia macicy i z powodu niezgodzenia się chorej na zabieg od góry, musiał przystąpić do przyszycia macicy do pochwy (*vaginaefixatio*), operacya zaś ta, jako taka, stanowi według niego wskazanie do ubezpłodnienia kobiety. Mimo podwiązania obustronnego trąbek i częściowego wycięcia ich w odcinku przymacicznym, mimo pokrycia, otrzewną ujścia macicznego trąbek, mógł stwierdzić w obu przypadkach po pewnym czasie ciążę maciczną. Przyjście jej do skutku tłómaczy sobie Küstner w ten sposob, że z jednej strony po rozpuszczeniu się podwiązki, otwór w trąbce znowu stał się drożnym — z drugiej strony szwy, założone powierzchownie na otrzewnę na rogu macicy, musiały poprzecinać, popuszczać, a temsamem otworzyć na nowo ujście maciczne tak, że nic nie stało na przeszkodzie do zapłodnienia, jeżeli się weźmie jeszcze w rachubę możność przenoszenia się jaja po otrzewnej. *Dr. Cetnarowski.*

Dr. Lovrich. **O wydobyciu płodu sposobem Muellera.** (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* Band XXI, H. 3, 1905). Z pomiędzy fizyologicznych położeń płodu, położenie pośladkowe zewzględu na wysoką śmiertelność płodów jest jednem z najniekorzystniejszych. Śmiertelność ta spowodowaną jest zazwyczaj z jednej strony przewlekającem się rodzeniem barków, jak również trudnem wytaczaniem się główki, z drugiej strony przyczyna tkwi w zaburzeniach krążenia łożyskowego, które ma miejsce z powodu nagłego zmniejszenia się macicy po wydaleniu pośladków i grzbietu płodu. Z tymi niekorzystnymi czynnikami każdy, kto przystępuje do ręcznego wydobycia płodu, liczyć się musi i swoje starania wytężyć w tym kierunku, by im wedle sił i możności przeciwdziałać. Jednym z ważnych czynników, przeciągających wydobycie płodu, a tem samem przyczyniających się do jego obumarcia, jest trudność w urodzeniu barków i wysunięciu się rączek ku górze. Według autora, który w tym przypadku opiera się na bardzo poważnym materyale, bo aż 237 przypadkach wydobycia płodu, najodpowiedniejszym sposobem do urodzenia barków i rączek ma być sposób, podany przez Muellera. Wydobycie barków i rączek sposobem Muellera odbywa się jak następuje: ściąga się tułów dziecka, zwróconego linią pachową ku wykonującemu zabieg, silnie ku dołowi, by ściągnąć przednią łopatkę do próżni miednicy, a stąd pod spojenie łonowe, następnie ciągnąc, podnosi się płód tak długo ku górze, aż i tylna łopatka zstąpi do próżni miednicy. — Z chwilą kiedy to nastąpiło, obniża się płód znowu ku dołowi, ciągnąc równocześnie tak długo, dopóki nie urodzi się przednia łopatka. Po urodzeniu się przedniej łopatki dalsze wytoczenie barków nie natrafia na większe trudności, albowiem następowo nie wstawia się już wymiar „biakromialny“, natomiast tylko „kolloakromialny“. — W ten sposób, wykonując wahadłowe ruchy płodem, można wytoczyć i odwinięte rączki ku górze. W każdym razie, gdyby nawet tym sposobem nie udało się wytoczyć odwiniętych ku górze rączek, natrafia się przy uwolnieniu na lepsze warunki, gdyż po urodzeniu przedniej łopatki dostęp do rączek jest łatwiejszy. Przeglądając zestawiony przez siebie materyał, dochodzi autor do następujących wniosków: Wydobycie barków i rączek sposobem Muellera trwa krócej, niż dawniejszym sposobem Magnusa, a tem samem mniej naraża dziecko na duszenie się, względnie śmierć. Ze względu na to, że przy tym sposobie w razie wywinięcia rączek często nie potrzeba ich osobno uwalniać, a więc nie potrzeba wprowadzać ręki do pochwy, tem samem chroni się po części matkę przed zakażeniem. Obrażenia tak płodów jak i matki przy tym sposobie są znacznie rzadsze i mniejsze. *Dr. Cetnarowski.*

Dr. Falk. **Najnowsze kierunki w dyetetyce połogu.** (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, 1905, Nr. 385). Falk w niniejszej rozprawce daje nam obraz i ocenę krytyczną najnowszych kierunków w dyetetyce połogu, przechodząc po kolei od chwili rozwiązania kobiety. Obecnie przeważa kierunek, propagowany przez Bumma, Stratza i samego autora, by tuż zaraz po porodzie w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z chudemi i wiotkiemi powłokami brzusznemi, lub też z bardzo tłustemi, dawać opaskę na brzuch, by nie dopuścić do rozstępu mięśni. Z chwilą kiedy położnica opuszcza łóżko, w każdym przypadku dostać powinna opaskę; czas noszenia opaski jest rozmaitym; w każdym razie winna ją nosić przeciętnie przez 6 tygodni. Celem wzmocnienia powłók brzusznych Wild, Asch i inni polecają ćwiczenia, które położnica, począwszy od 12 dnia połogu rano i wieczór wykonywać powinna 3 do 10 razy dziennie. Ćwiczenia te polegają na powolnem podnoszeniu głowy i górnej części ciała i opuszczaniu takowych. Gellhorn, Falk, polecają prócz tego, począwszy od 3—5 dnia połogu, t. zw. taniec egipski brzucha, polegający na powolnem kurczeniu i zwiotczaniu poszczególnych mięśni brzucha. Co się tyczy metod, zdążających do wzmocnienia rozszerzonego przez poród międzykrocza, jak również ściągnięcia się pochwy, — to tutaj można zanotować sposób, podany przez Thure Brandta, t. zw. „Knippningarna“, polegający na tem, że położnica, począwszy od 4—5 dnia, uniósłszy nieco kolana ku górze, — wykonywa skurcz mięśniami międzykrocza — jak gdyby chciała powstrzymać oddanie moczu i stolca. W ten sposób ćwiczy położnica rano i wieczór 1—10 razy przez szereg tygodni. Celem ściągnięcia się pochwy, używają przestrzykiwań pochwy silnie rozcieńczonym płynem Lugola (25° C). Co się tyczy żywienia położnicy, to zauważyć się daje, że sposób żywienia przez pierwszych parę dni samymi płynami, powoli ale skutecznie zostaje wypieranym. Jedni podają mięso odrazu już pierwszego dnia, — inni, jak n. p. Winckel, dopiero 4-go dnia, ale w każdym razie już pierwszego dnia jaja, bułki — i to w dość obfitej ilości. Jakość pokarmu wpływa w wysokim stopniu na ilościową, a do pewnego stopnia i jakościową wydatność mleka, a w tym kierunku przeprowadzone doświadczenia wykazały, że obfite mieszane pożywienie daje najlepsze wyniki. Co się tyczy sposobów, zdążających do zapobiegania zapaleniu gruczołu sutkowego, to każda prawie klinika, każdy podręcznik, innym hołduje przepisom. — Jedni polecają na cały czas połogu trzymanie na piersiach stałego okładu z 4% roczynem kwasu borowego, inni — dwukrotne dziennie przemywania wodą gorącą i 60% alkoholem, — inni doradzają podobne przemywania tuż przed, jakotoż po karmieniu, — oraz czyszczenie ust noworodka kwasem borowym przed każdem karmieniem — i mycie rąk przez położnicę przed każdem karmieniem i t. d. Co się tyczy czyszczenia u położnic, to używają najczęściej letniej przegotowanej wody i 1% ciepłego lysolu. Podkłady i wata winny być jak najczęściej zmieniane. Ciepłota ma być mierzoną częściej, aniżeli 2 razy dziennie, gdyż w ten sposób można łatwo przeoczyć dziennie *maximum* ciepłoty. Kiedy położnica może wstać z łóżka? Na to większość położników (Olshausen, Schatz, Schauta, Ahlfeld, Fehling) zgadza się, że średnio między 12 a 14 dniem, mimo, że nie brak głosów przeciwnych (Küstner, Döderlein, Giglio), którzy dają znacznie wcześniejszy termin, bo przy porodach prawidłowych u osób zdrowych już 5-ty dzień. Co się tyczy ułożenia na bok, to jedni pozwalają już w 2-gim dniu (Fehling), inni dopiero w 5-ym. Co się tyczy samego Falka, to ten trzyma położnicę 17—20 dni w łóżku, pozwala wstać dopiero wtedy, gdy przez 3 dni odchody nie mają najmniejszej domieszki krwawej. *Dr. Cetnarowski.*

PEDYATRYA. Hochsinger. **Uwagi nad dyszeniem pochodzenia grasiczego u dzieci.** (*Revue mens. des mal. d'enf.* 1905, III). Autor zwraca uwagę — w odniesieniu do spostrzeżenia Marfana (p. ref. „Przegl. lek." Nr 12) — na swą monografię z r. 1904, w której zebrał 26 przypadków przerostu grasicy; z tych 20 przedstawiało obraz dyszenia wrodzonego. Do wykazania przerostu posługiwał się autor w pierwszym rzędzie radiografią. *Lewkowicz.*

Auché i Campana. **Stan zwieraczy w chorobie Littlea** (*także*). Dwa przypadki choroby Littlea (kurczowe porażenie dziecięce pochodzenia mózgowego), niepowikłane wybitniejszem niedołęstwem umysłowem, mimoto z niemożnością zatrzymania moczu i kału. *Lewkowicz.*

Escherich. **Podstawy i cele nowożytnej pedyatryi.** (*Wykład na Zjeździe w St. Louis i Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, luty, 1905). Po rzucie oka na rozwój pedyatryi i przeglądzie stosowanych w tej nauce nowszych sposobów badania, przystępuje autor do próby sformułowania ogólnych poglądów i praw dla rozwoju dziecięcego ustroju i ich stosunku do powstawania dziecięcych chorób. Wbrew dość ogólnie przyjętemu zapatrywaniu, według którego największa energia życiowa spadałaby się ze szczytem rozwoju czynnościowego w średnim wieku życia, przyjmuje autor, że potencyał życiowy (tj. zdolność każdego tworu żyjącego utrzymania się w swej odrębności zapomocą przyswajania i przeróbki energii) jest najwyższym w zapłodnionej komórce, a następnie zużywa się w ciągu życia częściowo na wzrost ustroju, częściowo na utrzymanie życia (1-sze prawo wzrostu). Popiera to zapatrywanie okoliczność, że natężenie spraw przemiany materyi, obliczone na jednostkę masy ciała, jest tem większe, im mniejszy, temsamem im młodszym jest ustrój. Na to samo wskazuje szybkość wzrostu. Chorobowość i śmiertelność jest w dzieciństwie znaczna, gdyż narządy nie są jeszcze rozwinięte i czynnościowy rozwój każdego poszczególnego narządu odbywa się, jeżeli za miarą weźmiemy bezwzględną wysokość jego sprawności, w wieku dziecięcym w linii wstępującej, która jednak dla każdego narządu ma osobny przebieg, naogół bardziej stromy, niż krzywa wzrostu (długości ciała). (2-gie prawo wzrostu). Wzrost poszczególnych narządów odbywa się nierównocześnie i ze zmieniającem się nasileniem, niejako pchnięciami, a następstwo zależne jest od większego lub mniejszego znaczenia rozwijających się narządów dla utrzymania, względnie ochrony dziecięcego życia (3-cie prawo wzrostu).

Autor przechodzi poszczególne fazy wieku dziecięcego i cechujący je rozwój pewnych systemów narządowych: I. Niemowlęctwo (*infantia*), dzielące się na: 1) okres noworodka (1 tydzień życia, przystosowanie się do życia pozamacicznego); 2) okres oseska (1-szy rok życia, wyłączne pożywienie mleczne, silny przyrost ciała, szybki rozwój mózgu); 3) okres ząbkowania mlecznego (2—5 rok życia, rozwój kośćca, wyuczenie się mowy i chodu). II. Właściwy wiek dziecięcy (*pueritia*), od 6 roku życia: kształcenie mięśni, wzmaganie się czynnościowej wydatności, a wolniejszy wzrost. III. Pokwitanie (*pubertas*) u chłopców od 16-go, u dziewcząt od 13-go roku życia. Powstanie popędu płciowego, rozwój drugorzędnych cech płciowych, u dziewcząt pojawienie się miesiączki. Każdy z tych okresów ma osobną, do pewnego stopnia, patalogię, którą autor szybko przebiega, wymaga odrębnej opieki, osobnych starań zapobiegawczych, wreszcie, w razie pojawienia się chorób, zastosowanego do wieku leczenia. *Lewkowicz.*

Weyl. **Przyczynek do znajomości meningokoka wewnątrzkomórkowego** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, luty, 1905). Autor potwierdza zdanie Heubnera, że meningokok, wyhodowany w różnym czasie z tego samego przypadku, może się co do barwienia sposobem Grama zachowywać rozmaicie, co więcej, że te same hodowle mogą początkowo odbarwić się, a przy dalszem hodowaniu nie odbarwiać się. Zastrzykując kilkakrotnie tej samej kozie meningokoki odbarwiające się do opon zapomocą odwróconego nakłucia lędźwiowego, otrzymał autor zapalenie opon z ciężkimi objawami ogólnymi, chodziło jednak więcej o działanie jadów, niż o zakażenie, gdyż meningokoki szybko z worka oponowego znikały. *Lewkowicz.*

Hippius. **Badania biologiczne nad pasteryzowaniem mleka.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 61, luty, 1905). W ostatnich czasach zaznacza się dążenie, żeby mleku, używanemu do żywienia osesków, zachować rodzime własności mleka surowego. Równocześnie jednak zachodzi konieczność wyjałowienia mleka w stopniu praktycznie dostatecznym, a to przedewszystkiem ze względu na możliwość zachowania się w niem prątka gruźliczego. Autor sądzi, że oba cele dają się bardzo dobrze osiągnąć przez zastosowanie pasteryzowania przez $^1/_2$—1 godziny i przy ciepłocie nie przekraczającej granic między 60 — 65° C. Prątki gruźlicze na pewno zostają zabite, jeżeli tylko nie utworzy się na powierzchni błonka, dająca im osłonkę białkową, błonka zaś nie tworzy się przy zwykłem wyjaławianiu flaszkowem. Co się tyczy własności mleka wytwarzania u zwierząt przy stosowaniu podskórnem swoistej surowicy strącającej („laktoserum"), to ta i przez gotowanie nie ulega zmianie. Siła bakteryobójcza mleka, nawet po długotrwałem ogrzaniu do 60—65° jest jeszcze bardzo znaczną, po krótkotrwałem ogrzaniu do 85° zmniejsza się znacznie, choć nie znika. Zaczyn utleniający, oksydaza, ulega zniszczeniu przy 76°, pozostaje zaś czynnym nawet po dłuższem ogrzewaniu przy 60—65°. Zaczyn rozszczepiający tłuszcze, lipaza, wytrzymuje posteryzowanie między 60—63°, przez ogrzanie mleka do 64° staje się nieczynnym. Zaczyn, rozszczepiający salol, nie wytrzymuje ciepłot pasteryzacyjnych. Zaczyny rozpuszczające białko (proteolityczne) pozostają czynne w mleku pasteryzowanem, a ulegają zniszczeniu dopiero przy gotowaniu. Zaczyn amylolityczny (diastaza) mleka kobiecego opiera się działaniu ciepłoty między 60—65°, niszczeje jednak przy 75.

Najkorzystniejsze byłoby pasteryzowanie przy 60—62° przez godzinę, mniej korzystne przy 63—65% przez $^1/_2$ godziny. Pasteryzowanie takie daje się przeprowadzić w gospodarstwie domowem łatwo, jeżeli wysokość ciepłoty kontroluje się termometrem; trudniej przy pasteryzowaniu w mleczarniach. *Lewkowicz.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Prof. Posner i dr. Rapaport. **Wydzielina gruczołu krokowego a stan jego zapalny.** (*Deutsche med. Wochens.*, 1905, 13). Autorowie w swej pracy usiłowali wykazać, w jaki sposób i gdzie w gruczole krokowym tworzą się kulki (ziarna gruczołu krokowego) lecytynowe i dlaczego w razie stanu zapalnego brak ich jest w wydzielinie gruczołowej lub zmniejsza się ich ilość. Na podstawie licznych badań histologicznych przekonali się, że w wytwarzaniu kulek lecytynowych bierze udział przybłonek gruczołowy, że proces ten odbywa się tak samo, jak w gruczole sutkowym przy wytwarzaniu kulek tłuszczowych, i że błędnem było dotychczasowe zapatrywanie, jakoby kulki lecytynowe powstawały dopiero w przewodach gruczołowych przy rozpadzie złuszczonych komórek, gdyż wytwarzanie kulek lecytynowych jest czynnością żywotną komórek gruczołowych i odbywa się w samych komórkach. Przy stanach zapalnych gruczołu krokowego ciałka białe, nagromadzone w przewodach gruczołowych, pochłaniają wytworzone już kulki lecytynowe, które zapomocą odpowiedniego barwienia można w wydzielinie wykazać wewnątrz ciałek białych. W wielu zaś przypadkach stanów zapalnych gruczołu krokowego zastój wydzieliny, spowodowany osłabieniem mięśni gruczołowych, głównie przyczynia się do podtrzymania sprawy chorobowej i dlatego w tych przypadkach wskazane są zabiegi takie (n. p. mięsienie, elektryzowanie), które wpływają mechanicznie na sam gruczoł krokowy, wzmagając jego czynność wydzielniczą. *Stopczański.*

Stegmann. **Kosmetyczne leczenie blizn poospowych wstrzykiwaniami waseliny.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, 13, 1905). W przypadkach blizn wciągniętych, pozostałych po ospie na twarzy, cień, padający od brzegów blizny, czyni ją więcej wyraźną i szpecącą. Aby temu zapobiedz, Stegmann zastrzyknął u swego chorego waselinę według sposobu Gersuniego, wskutek czego, wyrównywując wciągnięcie, usunął cień, padający od brzegów blizn, co tak zmniejszyło wyrazistość zarysów tych blizn, że tylko z małej odległości można je było dostrzedz. *Stopczański.*

LARYNGOLOGIA. G. Finder. **O miejscowych środkach znieczulających i kojących ból. — Ozena.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Ze środków znieczulających w zakresie chorób nosa i krtani zasługuje na wyszczególnienie po pierwsze kokaina i od niej pochodne przetwory nowsze, jak holokokaina, eukaina A i B, mające tę wspólną zaletę, iż znieczulają i ułatwiają nieraz rozpoznanie w chorobach jamy nosowej, a różniące się od kokainy tem, iż są mniej trujące i łatwiej dają się wyjałowić, nie tracąc i po wyjałowieniu nic na swej użyteczności. Stosowanie kokainy w 25% roztworze wyskokowym, poleconym przez Pieniążka, zasługuje na uznanie, gdyż mimo silniejszego działania nie występują własności trujące w tej mierze, co przy użyciu roztworów wodnistych. Tak samo i 1‰ roztwór adrenaliny lub supraneniny wzmaga korzystne zalety kokainy; szczególnie w zabiegach operacyjnych w nosie, stosowany w wstrzykiwaniach razem z $^1/_2$% kokainą po 2 krople na każdy centymetr sześcienny. W najnowszych czasach operatorowie posługują się przy zabiegach śródnosowych yohimbiną lub stowainą (Haike, Strübbel-Fourneau); te dwa środki znieczulają błony śluzowe tak samo, jak kokaina, nie zwężając przytem naczyń krwionośnych, ani nie ściągając tkanki, która to własność kokainy nieraz utrudnia, a nawet uniemożliwia zakładanie ostrej pętli w celu wydobycia przerosłej muszli, lub t. p. Obecnie stosują też stowainę jako środek uśmierzający ból przy owrzodzeniach i zranieniach błony śluzowej górnych przewodów oddechowych, tak samo jak ortoform, mentol lub kombinacyę mentolu z orto-

formem, olejkiem migdałowym i żółtkiem w formie zawiesiny; temu samemu celowi doskonale też odpowiada anestezyna, działająca miejscowo najskuteczniej i najdłużej, a będąca przytem ze wszystkich najmniej szkodliwa. Krokiem naprzód w leczeniu dotychczasowem cuchnącego nieżytu nosa (ozaena) są wstrzykiwania śródmiąższowe parafiny, polegające na zasadzie mechanicznego zwężania jamy nosowej; przekonano się bowiem, iż stan podmiotowy chorych, którzy nosili zatykadła (obturatory), stosunkowo rychło się poprawił; z tego punktu widzenia Brindel wstrzykiwał u 70 osób, chorych na taki nieżyt, w dolne zanikłe muszle płynną parafinę i osiągnąwszy w ten sposób zmniejszenie światła przewodu nosowego, stwierdzał prawie zawsze, iż cuchnienie i wytwarzanie się strupów ustało, a oddychanie nosem było mniej uciążliwem; przekonano się też, iż wskutek odczynu zapalnego, towarzyszącego wstrzykiwaniom, tkanka stwardniała podlega zmianom odrodczym. Niebezpieczeństwo połączone z powyższym zabiegiem, mianowicie powstawanie zapalenia żył twarzowych, jak to 2 razy miało miejsce u chorych Brindla, da się wykluczyć, postępując przytem według metody Lagardea, polegającej na tem, iż nie płynna, tylko na pół miękka parafina zbitości maści, dostaje się do odnośnej tkanki. Broeckaert zrobił w tym celu strzykawkę własnego pomysłu, przy pomocy której unika się zupełnie powstania zatorów, obrzęków i poparzeń, składając dowolnie parafinę tam, gdzie jest pożądana. Byłoby bardzo wskazanem, żeby ta metoda znalazła rozpowszechnienie i to nietylko ze względu, iż usuwa dokuczliwe objawy choroby wyżej wspomnianej, ale zapobiega też usposobieniu do gruźlicy, jakiej się ci chorzy dość często nabawiają. Alexander doszedł bowiem na podstawie swych badań do wniosku, iż nos takich chorych nietylko nie spełnia swoj czynności fizyologicznej jako sączek dla bakteryi, ale stając się niejako hodowlą różnych drobnoustrojów stanowi trwałe ognisko zakaźne u tych osób. Z tego też punktu widzenia nie są wcale uzasadnione zabiegi krwawe w jamie nosowej, pociągające za sobą zanik błony śluzowej i pozbawiające tem samem nos jego ochrony fizyologicznej. *Korm.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Validol jest związkiem 30% mentolu z 70% kwasu kozłkowego, wytworzonym w tym celu, aby zastąpić zwykłe przetwory kozłka lekiem trwalszym i chemicznie czystszym. Meyer (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, 1904, 19) próbował go w kilku przypadkach histeryi i neurastenii i uważa go za dzielne *analepticum;* nadto skutecznym bywa walidol w 45—50% przypadków choroby morskiej, co potwierdza również Wolf (*Medico*, 1904, 49). Klonk (*Med. Herald*, 1904, luty) użył tego leku u 67 chorych. Oprócz histeryi i nerwobolów stosował go K. w nieżytach nosa, krtani i gardła zapomocą pędzlowań, jakoteż objawowo przeciw nudnościom, wymiotom i t. p. w toku ostrego nieżytu żołądka, rwy żołądkowej, w wymiotach ciężarnych (5—10 kropli na cukrze), i podaje, że lek ten działa w tych przypadkach skutecznie. *Zm.*

Fortoina, uzyskana przez działanie formaldehydu na kotoinę, jest lekiem przeciwbiegunkowym, w przeciwieństwie do innych ani nie porażającym ruchów jelit (jak makowiec), ani nie działającym ściągająco, lecz przez rozszerzenie naczyń mającym poprawiać odżywienie ściany jelitowej i jej czynność resorbcyjną. Ten rodzaj działania fortoiny sprawia, że jest ona przeciwwskazaną wobec skłonności do krwotoków jelitowych, wobec owrzodzeń (dur!), oraz w gwałtownych ostrych, jak i w zastoinowych nieżytach jelit; wskazaną zaś jest we wszystkich innych nieżytach przewlekłych, nie wyjmując spraw gruźliczych. Winterberg (*Mediz. Blätter* 1905, 6) trzymając się tych wskazań i przeciwwskazań, leczył ze skutkiem 23 przypadki nieżytów jelit, z tego 11 gruźliczych. Wyleczenie następowało po 1—2 tygodni podawania 3—4 × dnia po 0,2 fortoiny. *Zm.*

Gorączkę połogową, wywołaną przez paciorkowce, leczył **surowicą** paciorkowcową Menzera Doc. Burckhard (*Reichs. Medic. Anz.*, 1905, 3) w 8 przypadkach. Pierwszego dnia wstrzykiwano 20, następnych po 10 ctm.³; ogółem zaś 20—50 ctm³. W jednym przypadku surowica wcale nie działała; w innych 7 wywarła na przebieg wyraźny wpływ korzystny. *M.*

Fibrolizyna jest związkiem tiosynaminy z salicylanem sodowym, wytworzonym świeżo przez Mendla (*Therap. Monatsh.*, 1905, 2), a w przeciwieństwie do tiosynaminy łatwo rozpuszczalnym w wodzie. Ponieważ jednak roczyny te łatwo się rozkładają, przeto w handlu wprowadzono je w zalutowanych flaszeczkach, w których dobrze się utrzymują. W jednej flaszeczce zawarty roczyn odpowiada 0·2 tiosynaminy. Fibrolizynę stosuje się, wstrzykując roczyn podskórnie lub w mięśnie, co chorzy dobrze znoszą, a nawet do żył można lek ten wstrzykiwać bez obawy złych skutków, zyskując przy tem na szybkości działania. Fibrozylina działa podobnie, jak tiosynamina, rozluźniająco na chorobowo powstałą tkankę włóknistą, zapobiegając jej kurczeniu się. Powstałych już jednak zbitych blizn i sztywnych bliznowatych zwężeń i fibrolizyna, podobnie jak tiosynamina, bez pomocy czynników mechanicznych nie usuwa. Do wstrzykiwań podskórnych i do mięśni używał M. pełnej dawki (jednej flaszeczki) roczynu fibrolizyny, powtarzając wstrzyknięcia co 2—3 dni i dochodząc czasem aż do 50 wstrzyknięć. Skutków ubocznych nigdy nie było. Wyniki u 30 chorych otrzymać miał M. pomyślne. *M.*

Wrzody podudzia goją się według Cebego (*Allg. med. Centralzeit.*, 1905, 3), nawet u ludzi starych i po długiem trwaniu, bardzo szybko (w ciągu 10 dni) pod działaniem kseroformu. Tegoż zdania jest Toff (*tamże*, 1905, 1), zalecający nadto ten lek gorąco jako zasypkę u noworodków. *H.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. w dniu 12 kwietnia 1905 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 45.

I. Z powodu wielkiej liczby zgłoszonych demonstracyi protokół z poprzedniego posiedzenia postanowiono odczytać na następnem posiedzeniu.

II. Kol. Prof. Kader przedstawia chorą z tężyczką następową po operacyi wola. Tężyczka wystąpiła drugiego dnia po operacyi; różniła się ona od opisanych przypadków tem, że trwała bez przerwy, a nie napadowo; zajmowała mięśnie kończyn górnych, dolnych i w mniejszym stopniu mięśnie twarzy, przełyku, krtani i przeponę. Chora nie spała wcale prawie 50 godzin. Obecnie pod wpływem zażywania pastylek gruczołowych i narkotyków objawy ustępują szybko. Jednak objaw Trousseau'a i Chvostka da się jeszcze wykazać. Jest to drugi przypadek tężyczki na 165 przypadków wola, operowanych w klinice prelegenta. Właściwej przyczyny powstawania tężyczki pooperacyjnej nie znamy. W ostatnich czasach wyrażono przypuszczenie, że powstaje ona po usunięciu tak zwanych ciałek przybłonkowych (*Epithelkörperchen*) z wola. Są to dodatkowe gruczoły i ma ich być 4. Leżą po 2 przy wejściu tętnicy tarczowatej dolnej do gruczołu. — W demonstrowanym przypadku prelegent usunął cały dolny płat, ale tylko po stronie lewej; po prawej zaś zostawił dużo gruczołu. Wyjęcie stosunkowo zdrowego gruczołu (przypadki wiedeńskie) wywołuje zwykle tężyczkę, natomiast zwyrodnienie jego (berneńskie Kochera) — charłactwo. To samo spostrzegał ostatnimi czasy Lanz (Amsterdam) na zwierzętach. Prelegent operuje wole swojem cięciem elipsowatem, schodzącem aż do wykrojenia mostka. Podwiązuje wszystkie naczynia, także *art. ima* i żyły dodatkowe, następnie wycina płaty, obszywa kikuty katgutem i oswobadza tchawicę. Aseptyka kliniki dozwala na to, że prelegent żadnego wola nie drenuje, lecz zaszywa. Wyniki bardzo dobre, jak to z przedstawionych 7 przypadków, operowanych w ciągu ostatnich 14 dni, w różnych fazach po operacyi (demonstracya chorych) można się przekonać. Chorzy w 10 do 14 dni opuszczają klinikę. Po operacyi zakłada się mały opatrunek z pasty kauczukowej, którą prelegent stosuje obecnie na wszystkie zeszyte rany. (Demonstracya). W dalszym ciągu przedstawia kol. Kader przypadek 2 ogromnych ropni gruczołu krokowego, które wywołały zatrzymanie moczu przez ucisk na cewkę od zewnątrz. Nacięcie gruczołu od międzykrocza. W ropie gronkowce. Dalej przypadek przetok moczowych, leczonych nacięciem cewki zewnętrznem i *sectio alta* cięcie poprzeczne, dalej przypadek skrytego jądra, operowanego sposobem Tomaszewskiego zapomocą wyciągadła na nodze pacyenta (demonstracye chorego i fotografii). W końcu dwa przypadki gastroenterostomii z powodu raka żołądka, w których prelegent wykonał połączenie żołądka z jelitem podług własnej metody. Sposób ten daje znakomite wyniki; błędnego koła (*circulus vitiosus*) po operacyi prelegent na 52 przypadki nie spostrzegał nigdy. Sposób prelegenta upraszcza zabieg w wysokim stopniu, usuwa potrzebę enteroanastomozy, jejunostomii lub gastrostomii zupełnie.

III. Kol. Klęsk demonstruje: a) chora, operowana przez prof. Kadera w klinice z powodu skrętu jelita esowatego. Przypadek o tyle zajmujący, że chora przez 11 dni nie chciała się zdecydować na operacyę. Jelito grube było rozdęte do rozmiarów uda ludzkiego. Po odkręceniu prof. Kader przymocował pętlę łukowato do otrzewnej ściennej. b) Przypadek zadzierżgnięcia (*strangulatio*) jelita cienkiego. Chory był leczony gdzieindziej przez 11 dni z powodu niezupełnej niedrożności jelit, poczem, wypuszczony do domu, zgłosił się do kliniki wewnętrznej, gdzie kol. Latkowski rozpoznał niedrożność jelit cienkich i przysłał chorego do operacyi. Prelegent przystąpił do laparotomii i znalazł w połowie jelit cienkich postronek, zaciskający okrężnie jelito, a biegnący od krezki z jednej strony do drugiej. Po usunięciu postronka część chorą jelita częściowo obumarłą wgłobił i obszył szwem surowiczym. Chory 14 dnia po operacyi opuścił klinikę uzdrowiony. c) Przypadek pęknięcia jelita cienkiego i krezki z wydobyciem się treści do jamy otrzewnowej, operowany przez prof. Kadera w 4 godziny po wypadku. Chory doznał tego wypadku w sposób dość ciekawy, mianowicie prąd powietrza przy wybuchu dynamitu uderzył go w tłocznię brzuszną; stan pacyenta był zupełnie dobry, a tylko silne napięcie mięśni brzucha, mały wysięk po bokach i brak stłumienia wątroby, wzbudziły podejrzenie uszkodzenia któregoś z narządów jamy brzusznej. W wypadkach takich szybkie rozpoznanie i operacya odrazu wykonana, decyduje tylko o życiu chorego. d) Przypadek rany kłutej brzucha w podżebrzu lewem z wypadnięciem rozległem sieci. Pacyent zrazu na zabieg się nie zgodził i dopiero 2-go dnia, gdy wystąpiła silna gorączka, wymioty i wzdęcie brzucha, dał zezwolenie. Prelegent wykonał laparotomię, wyciął sieć, ponieważ były już jednak wybitne objawy zapalenia otrzewnej, rany nie zeszył w całości, lecz zatamponował. Pacyent przebył w czasie zdrowienia zawały i zapalenie płuc.

W końcu nadmienia autor, że wszystkie przypadki zajęcia otrzewnej leczone były zapobiegawczemi i następowemi podskórnemi wlewaniami fizyologicznych rozczynów soli kuchennej. Przypadki te, podobnie jak inne w klinice, operowane były w znieczuleniu lędzwiowym.

Kol. Prof. Kader zwraca na ten ostatni szczegół uwagę, podnosząc dobre działanie tych wlewań, podnoszących wybitnie leukocytozę w jamie otrzewnowej, jak to z pracy Majewskiego, asystenta kliniki, wynika.

III. Kol. Prof. Jaworski przedstawia chorą (l. 28) z białaczką rzekomą ostrą (*pseudoleucemia lymphatica acuta*), u której przed 4-ma miesiącami pojawił się z objawami dreszczów i gorączki obrzęk gruczołów pachowych. Obecnie zaś przedstawiają się ogromne obrzęki gruczołów wielkości pięści pod obydwiema pachami i po obu stronach szyi. Gruczoły są niebolesne, dość twarde, skóra na nich niezmieniona i przesuwalna, kończyna prawa górna z powodu ucisku na naczynie — obrzękła. Cechującem w tym przypadku jest, że obydwa sutki są powiększone, prawy w czwórnasób; powiększenie składa się z pojedyńczych twardych guzów niebolesnych. Wątroba i śledziona mało co powiększona. W jamie opłucnowej prawej aż do grzebienia łopatki znajduje się płyn, co stwierdzono także przez prześwietlanie X-promieniami. Nakłucie opłucnej wykazało płyn zapalny, zawierający około 40000 ciałek białych (neutrochłonnych) w 1 m^0. We krwi leukocytoza neutrochłonna zwiększa się stale od 12.000—30.000 (91% neutrochłonnych, a 9% limfocytów); ilość zaś krwinek czerwonych opada od 3 milionów na 2½ miliona. Składników krwi, cechujących białaczkę prawdziwą, niema. Chora od początku gorączkuje z nieregularnemi wzniesieniami do 39°.

Drugi przypadek, dotyczący 22-letniego włościanina, który do listopada z. r. czuł się zupełnie zdrów, nigdy niechorując, i został wzięty do wojska. Powołany do ćwiczeń wojskowych w listopadzie po 2 tygodniach musztry doznał duszności i zmęczenia tak, że przebywszy jeszcze przez dwa tygodnie w szpitalu wojskowym został zupełnie od służby wojskowej uwolniony. Objawy podmiotowe, z powodu których chory nie jest zdolny do pracy, trwają i obecnie. Przedmiotowo obszar wypuku stłumionego nad sercem okazuje się w czwórnasób powiększony, sięga na prawo do linii mostkowej prawej, na lewo do linii pachowej, gdzie znajduje się niewzmocnione uderzenie końca serca, a ku górze do górnego brzegu trzeciego żebra. Prześwietlenie X-promieniami potwierdza wyniki wypuku. Tony serca głuche, nigdzie szmerów niema. Okolica klatki piersiowej nad sercem nieco wypukłona bez widocznych wstrząśnień. Tętno drobne, miękkie i nieregularne, zmienne, 80—90 uderzeń. Na sfigmogramie zwraca uwagę nizkość fali i nieregularność. Ilość moczu 600—900 c.^{3} na dobę bez białka. Obrzęków niema, wątroba nieznacznie powiększona. Ciepłota prawidłowa. W przeciągu sześciotygodniowego pobytu w klinice przebył chory dwa razy zator płucny, z tarciem w opłucnej prawej, plwocinami krwawemi, gorączką do 38.5, i zapadem tak, że trzeba było wstrzykiwać kamforę. Prelegent uważa ten u nas rzadki przypadek jako samorodny przerost serca z następującą niedomogą wskutek przemęczenia (*hypertrophia myocardii idiopathica subs. insuff. cordis*) i zwraca uwagę na podobieństwo przebiegu klinicznego z monachijskiem „Bierherz". Chory jednak nie nadużywał napojów wyskokowych.

Trzeci przypadek przedstawia *syringomyelie* u 32-letniego mężczyzny, odznaczającą się wysokiem usadowieniem zmian chorobowych, a mianowicie w rdzeniu szyjnym, w rdzeniu przedłużonym aż do mostu Warola. Sprawa trwała od lat 5 i jest przeważnie lewostronną. Lewa ręka i 2 palce na niej cieńsze, niż na prawej; mięśnie ramienia i barku wiotsze, ścieńczałe bez odczynu zwyrodnienia. Podobne zaniki wykazuje lewy łuk podniebienny, który zwisa przy ruchach połykowych. Wskutek niedowładu mięśni połykowych gardła po stronie lewej, istnieje utrudnienie połykania tak, że chory może kęs tylko wtedy połknąć, jeżeli zwróci twarz ku stronie lewej. Głos chorego ochrypły, z powodu, jak wziernikowanie, wykonane przez kol. Nowotnego wykazało, porażenia głośni po stronie lewej. Badanie czucia okazuje jego rozszczepienie: lokalizacya i czucie dotyku jakoteż zborność ruchów wszędzie utrzymane. Natomiast niema uczucia bolu (*analgesia*) po stronie lewej na kończynie górnej (szczególnie na palcach zaniklych), na barku, plecach, szyi, twarzy, głowie, gałce ocznej, błonie śluzowej policzka, dziąseł i podniebienia lewego. Chory niema również uczucia smaku po stronie lewej jamy ustnej. Znieczulenie po stronie prawej jest o wiele mniejsze. Uczucia ciepła po stronie lewej w wymienionych okolicach zupełnie brakuje (*thermoanesthesia*) tak, że chory okazuje kilka blizn po oparzeniach, doznanych przy grzaniu się przy piecu. Po stronie zaś prawej (na plecach) istnieje czucie opaczne, t. j. chory czuje rurkę z gorącą wodą jako zimną i przeciwnie. Źrenice są zwężone, lewa więcej, niż prawa, oddziaływują na światło. Odruchy ścięgniste po stronie lewej wygórowane. Prelegent wyłącza w tym przypadku histeryę, zanik mięśni postępujący, zapalenie przewlekłe opon rdzeniowych i uważa przypadek za syringomyelię za równoczesnem, a rzadkiem zajęciem jąder nerwów mózgowych (*hypoglossus, vagus, glossopharyngeus, facialis, trigeminus*).

Koll. Jaworski i Korolewicz przedstawiają próbę Strasburgera badania kału na bilirubinę, polegającą na tem, że nalewa się zgęszczonego rozczynu sublimatu na rozdrobniony z wodą świeży kał i pozostawia do dnia następnego. Jeżeli barwa kału się nie zmienia, to brakuje w nim barwika żółciowego (stolce acholiczne); jeżeli staje się ceglasto-czerwoną, to znajduje się tylko prawidłowy barwik kału: hydrobilina czyli urobilina (stolce prawidłowe); jeżeli powstaje barwa kału lub śluzu zielona całkowicie lub miejscami, to kał zawiera niezmieniony barwik żółci: bilirubinę, co pochodzi od zmian w jelicie cienkiem i wskazuje na jego zajęcie. Prelegenci zaznaczają następnie, że próby, które przedsięwzięli z 4-ma moczami cukrzycowymi w klinice według metody K. Strzyżowskiego, a polegającej na zabarwieniu moczu zielonkowato-fluoryzującem po dodaniu do niego formaliny, nie udały się, chociaż w 3 przypadkach mocz pochodził od chorych, którzy wskutek cukrzycy zmarli, a odczyn podany przez Strzyżowskiego ma właśnie pojawiać się w moczach ciężkich przypadków, kończących się niepomyślnie.

Koll. Jaworski i Korolewicz przedstawiają wyniki nad badaniami krwi w wydzielinach metodą F. Schillinga, która polega na tem, że do kilku kropel wody utlenionej (20% *hydrogenium hyperoxydatum*) dodaje się badanej na krew cieczy; w razie jej obecności następuje burzenie (wytwarzanie się tlenu). Próba okazała się dla badania treści żołądkowej, kału, płynów, otrzymanych przez nakłucie, niepewną i dwuznaczną, gdyż nie tylko krew, lecz i włóknik, jakoteż ropa, sprawiają burzenie. Tylko dla badania moczu można używać wody utlenionej w tym kierunku, że jeżeli mocz sprawia wytwarzanie baniek z wodą utlenioną, to można przypuszczać, że w nim znajduje się albo ropa, albo krew (hemoglobina).

Kol. Jaworski przedstawia wyniki, jakie otrzymał z kol. Szurkiem z podawania weronalu przeciw potom nocnym u suchotników według polecenia Hellmutha Ulrici. U 8 pocących się suchotników kliniki tutejszej podawano weronal późno wieczorem (9-ta godzina) po 0·30 gr., a jeżeli poty jeszcze nad ranem występowały, to jeszcze o północy taką samą dawkę; chorzy nietylko spali, ale i niepocili się. W przypadkach szybko postępującego rozpadu płuc weronal nie działał.

Kol. Jaworski w czterech przypadkach płonicy, spostrzeganych w klinice z kol. Szurkiem, podawał według polecenia Buttersacka po 0·25—0·5 urotropiny dwa razy dziennie w czasie choroby, aby zapobiedz następowemu zapaleniu nerek. Pomimo to w dwóch przypadkach po płonicy pojawił się białkomocz.

W odpowiedzi koll. Hirschowi i Bierowi powołuje się kol. Jaworski na swoje wyjaśnienia, wypowiedziane podczas demonstracyi.

IV. Kol. Latkowski przedstawia: 1) Chorą, *J. K.*, lat 46 liczącą, z niedomykalnością zastawki dwukończystej i zwężeniem ujścia żylnego w okresie niewyrównania, która przed 20 laty przebyła ostre zapalenie stawów gośćcowe. Od 6-ciu miesięcy chora doznaje objawów niedomogi mięśnia sercowego, cechującej się dusznością tak znaczną, że chora leżeć nie może w łóżku, tylko jest zmuszoną siedzieć, dalej doznaje bicia serca obok nudności, braku łaknienia, odbijań, i cierpi na bezsenność. Badanie w dniu 7/II b. r. wykazało obok 2 szmerów nad koniuszkiem i podstawą serca i obok powiększenia i rozszerzenia serca, przeważnie prawego, obrzęk wątroby, twarde deskowate obrzęki kończyn dolnych, obrzęk kości krzyżowej, płyn wolny w brzuchu, przesięki w obu jamach opłucnowych, w osierdziu i białkomocz. (Ciężar ciała chorej 68 klg. L. odd. 38, tętna 110). Chorej tej podawano prawie wszystkie środki sercowe. Od 7/II do 17/II podawano digalen w ilości $^1/_2$—1 miligr. 3 razy dz., przyczem obrzęki wzrosły (ciężar ciała 72,300 gr.), ilość moczu była małą (300 m.^{3} na dobę c. g. 1.035—24). Podczas podawania przetworów naparstnicy (napar i proszek liści 0,30 dziennie); od 17/II—27/II ilość moczu się zwiększyła do 1500 cm.^{3}, obrzęki jednak i duszność trwały dalej. (Ciężar ciała 72,700 gr.). Dopiero podczas podawania od 17/II—14/III teocyny 0.75 dziennie nastała znaczna poprawa. Obrzęki ustąpiły, ciężar ciała spadł o 16 klg.; ilość moczu wynosiła 2000—4000 cm.^{3}, c. g. moczu 1,012—1015; duszność była znacznie mniejsza, bezsenność ustąpiła. Chora skarżyła się tylko na uczucie ściągania w całem ciele i niepokój, doznawała też często bicia serca. Przy podawaniu aguryny od 14/III do 23/III (3 grm. dz.) ilość moczu była nieco mniejsza, 2500—3500 cm ^{3}, c. g. moczu 1,012, obrzęków ubyło jeszcze 3 klg. Jeżeli chorej odstawiono agurynę lub teocynę na 1—2 dni, ilość moczu zaraz malała; przy podaniu nalewki strofantu, „diagitalysatum“ Bürgera, „dialysatum digitalis“ Golaza, kofeiny sodowo-salicylowej nie było również widać dodatniego wpływu na ilość moczu, zachowanie się serca i obrzęki. W dyecie uwzględniono ograniczenie wprowadzania płynów. Przy powtórnem podaniu teocyny 24/III—31/III ilość moczu również była większą, niż przy agurynie i dochodziła do 4 litrów; chora jednak dostała po 5 dniach podawania wymiotów tak silnych i częstych, iż musiano wstrzymać podawanie wszelkich leków, a przedewszystkiem teocyny. Po dwudniowej przerwie podano „diagitalysatum“ Bürgera. Osłabienie serca jednak wskutek powtarzających się wymiotów (do 6/IV) było tak znaczne, iż musiano wstrzykiwać kamforę. Gdy zauważono zapad, podano agurynę, którą chora dotąd zażywa i przyczem znów stan się poprawił. Tętno (90) obecnie jest lepiej napięte, obrzęków prawie niema, duszność zupełnie ustąpiła, obrzęk wątroby znacznie mniejszy. Oznaczenie jednak punktu marznięcia krwi i moczu wykazuje: $\delta = 0{,}63^0$ C, $\Delta = 0{,}46^0$ C, czyli, że zagęszczenie krwi jest za wysokie pomimo dużej ilości moczu, a w moczu wydziela się za mała ilość części stałych, co wskazuje jeszcze na niedomogę mięśnia sercowego.

2. Chory *J. Sz.*, lat 48, (*Crises gastriques luetiques*), wyrobnik, doznaje od roku bicia serca po zmęczeniu, często kaszle, od 3 miesięcy miewa bole w dołku podsercowym, którym towarzyszą wymioty. Przypady te po spożyciu pokarmów stałych wzmagają się tak, iż chory nie może nic jeść, wskutek czego wychudł znacznie i osłabł. Chory przebył przed 20 laty kiłę. Badanie wykazuje objawy niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zwężenie źrenic i nierówność ich, oraz bliznę na prąciu w okolicy więzadełka po wrzodzie pierwotnym kiłowym.

Odruchy kolanowe wygórowane, prawy więcej niż lewy, zmian innych w narządzie nerwowym nie znaleziono. Badanie żołądka wykazało niedomogę wydzielniczą, zupełny brak kwasu solnego wolnego na szczycie trawienia, przy nizkiej kwasocie ogólnej (3 po pr. białkowej), siłę ruchową żołądka prawidłową. Przez pierwsze 2 tygodnie pobytu chorego w klinice stan jego się poprawiał pod wpływem dyety płynnej (stałych pokarmów chory nie mógł przyjmować) i środków przeciw-nerwowych. Chory miewał prawie codzień napady silnych bolów w dołku podsercowym z wymiotami, trwającymi czasem kilka godzin, poczem czuł się ogromnie osłabionym i nawet w czasie wolnym od napadów nie miał wcale łaknienia. Odżywienie chorego bardzo podupadło tak, iż w przeciągu 2 tygodni stracił 3 klg. wagi. Ponieważ przypady te nie odpowiadały żadnej chorobie żołądka ze zmianami anatomicznemi, a badanie treści żołądkowej również choroby takiej nie wykazywało, z drugiej strony nie można było odnieść objawów tych do zmian w żołądku na tle choroby serca, gdyż niedomogi mięśnia sercowego i objawów zastoju żylnego nie było, przeto uważałem zmiany te za *crises gastriques* na tle kiłowem. Rozpoznanie *crises gastriques tabetiques* niema obecnie w tym przypadku należytego uzasadnienia, gdyż żadnych zmian, przemawiających za wiądem rdzenia, pomimo dokładnego badania nie można wykazać dotychczas. Za tłem kiłowem świadczy tutaj i skutek leczenia rtęcią i jodem. Po 10 wcieraniach napady bolów i wymiotów zupełnie ustąpiły i obecnie chory czuje się zupełnie dobrze. W ciągu zaś 3 tygodni leczenia przeciwkiłowego przybrał 7 klg. na wadze. Badanie treści żołądkowej wykazuje stosunki prawidłowe.

3. Chory *J. I.* (*Concretio pericardii c. dislocatione cordis in indiv. c. insuff. valv. semilunar. aortae*), lat 48 liczący, malarz pokojowy, przebył przed 20 laty zapalenie stawów, które powtarzało się 3-krotnie (przed 10, 8 i 5 laty) i było powikłane zapaleniem osierdzia i opłucnej prawego płuca. Przed 20 laty spadł z wysokości 12 metrów. Od 3 lat miewa napady dusznicy bolesnej, pojawiające się początkowo co 2—3 tygodni, obecnie co 1—2 dni. Przed rokiem miał przebyć silny krwotok płucny. Chory ten okazuje przemieszczenie serca ku stronie prawej z przyrośnięciem osierdzia do klatki piersiowej, za czem przemawia stłumienie serca, przekraczające prawy brzeg mostka na 4 cm., skurczowe wypuklanie się i rozkurczowe zapadanie 3 i 4-go międzyżebrza po prawej stronie mostka, nabrzmiewanie żył szyjnych przy wdechu, tętno słabnące i znikające przy wdechu (*pulsus parodoxus*), nieporuszalność serca przy zmianie położenia, przerost komórki prawej (wstrząsanie w dołku podsercowym), znaczna sinica, obrzęk wątroby. Obok tego nad tętnicą główną słychać rozkurczowy szmer obok 2 tonów, przerost serca lewego, nad tętnicą udową przy ucisku 2 szmery, tętnienie tętnic stopowych grzbietowych i tętnic palcowych; objawy te świadczą o niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej. Utrzymanie 2-go tonu nad tętnicą główną świadczy o niewielkim stopniu niedomykalności, która może być przez przemieszczenie serca i skręcenie naczyń w części wyrównywaną. Badanie promieniami Röntgena potwierdza, iż serce jest przemieszczone i znacznie powiększone w obu wymiarach. Przerost komórki prawej obok sinicy i obrzęku wątroby jest następstwem przyrośnięcia osierdzia do klatki piersiowej.

4. *F. M.*, lat 19 liczący, wyrobnik, przebył dur brzuszny przed 9 laty, ospę przed 7 laty; przez kilka lat uprawiał samogwałt. Miewa od czasu duru napady bicia serca z uczuciem bolu w okolicy serca i uczuciem lęku, obok tego ma mieć, szczególnie po samogwałcie, uczucie tretwienia lewej połowy ciała i kurcze tężcowe w prawej kończynie górnej. Badanie wykazuje powiększenie serca miernego stopnia, tony serca głuche, szmerów nie słychać, tętno nieregularne, wybitnie trojacze, jak to stwierdzić można na sfigmogramie. Pod wpływem digalenu nieregularność tętna zmniejszyła się znacznie. Objawy te przemawiają za zwyrodnieniem mięśnia sercowego i rozszerzeniem serca po przebyciu chorób zakaźnych i w następstwie samogwałtu. *Dilatatio musculi cordis c. degeneratione in indiv. masturbant. post. morb. infectios.*

VI. Kol. Męsowicz demonstrował dwa przypadki choroby Basedowa. Pierwszy z nich jest bardzo ciekawy z powodu zaników mięśniowych, obejmujących kończyny górne, oraz zmian śluzakowatych, rozwijających się na kończynach dolnych. Tak zmiany mięśniowe, przypominające umiejscowieniem *atrophia muscul. progr. spinalis*, jak i zmiany skóry kończyn dolnych, mają w odnośnym przypadku znaczenie dlatego, że mogą służyć jako materyał do rozjaśnienia patogenezy choroby Basedowa. Drugi przypadek, ciekawy ze względów dyagnostycznych, przedstawia końcowy okres przebiegu choroby Basedowa. Rozpoznanie ugruntowało badanie przewodnictwa skóry dla prądu galwanicznego. W obu przypadkach poznawano rodagen i antityreoidynę Möbiusa bez wyraźnego dodatniego skutku.

VII. W dyskusyi zabierali głos kol. Hirsch i prelegenci.

Pisarski, sekretarz doroczny.

VII. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach.

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

„La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source“. Flammarion.

(Dokończenie.)

7. Pomocnicze nauki lekarskie.

Anatomia wykazuje również w XIX wieku wybitny ogólny postęp dzięki rozwojowi histologii, ulepszeniom technicznej strony mikroskopu, nowo wynalezionym sposobom utrwalania i barwienia tkanek, jak niemniej robienia, przechowywania i ochraniania od zniszczenia preparatów, nastrzykiwania układu naczyniowego, wreszcie mikrofotografii. Jakkolwiek palmę pierwszeństwa dzierżą tu przeważnie uczeni innych narodów, to i we Francyi nie brak głośnych anatomów. Do najwybitniejszych w pierwszej połowie stulecia należą: Piotr Augustyn Béclard († 1828), autor dzieła: *»Éléments d'anatomie générale«* (Paryż, 1823); Grzegorz Ludwik Duvernoy († 1835); Hipolit Cloquet († 1840), którego *»Traité d'anatomie descriptive«* doczekało się aż sześciu wydań, ostatnie z 1835 roku; Gilbert Breschet († 1845), autor cennych prac, dotyczących budowy anatomicznej ucha; Joachim Henryk Dutrochet († 1847), znany z badań swych nad komórkami wątrobowemi i autor dzieła: *»Recherches anatomiques et physiologiques«*; wreszcie Henryk Ducrotay de Blanville († 1850). Tutaj też wspomnieć wypada o słynnym na cały świat uczonym: chociaż był on właściwie zoologiem, lecz pracami swemi przyczynił się niemało do postępów anatomii ludzkiej, a mianowicie o Grzegorzu Cuvier († 1832), którego *»Leçons d'anatomie comparée«*, wielokrotnie wydawane, wchodzą po części w zakres działu, o którym obecnie mówimy.

W drugiej zaś połowie wieku notuje historya anatomii francuskiej przedewszystkiem następujące nazwiska: Stefan August Serres († 1868), znany z prac nad anatomią układu nerwowego; Alfred Donné († 1878), pracował głównie w histologii i wydał: *»Cours de microscopie complémentaire«*, oraz liczne prace o budowie błon śluzowych; Karol Filip Robin († 1885), jeden z najwybitniejszych histologów; Filibert Konstanty Sappey († 1896), autor 3-tomowego dzieła: *»Traité d'anatomie descriptive«*; wreszcie: Lereboullet, Cornil, Ranvier i Poulet w Lyonie, lub zasłużony głównie w dziedzinie embryologii: Jakób Wiktor Coste.

Fizyologia weszła od połowy mniej więcej XIX stulecia na zupełnie nowe tory, opierając się odtąd na doświadczeniach, dokonywanych na żywych zwierzętach, na nowych odkryciach chemii i fizyki, a zawdzięcza to przedewszystkiem uczonym francuskim, którzy, jak już wspomniano w jednym z pierwszych rozdziałów, stworzyli właściwie dzisiejszą fizyologię doświadczalną, wskazali jej całkiem nowe metody badania i pracami swojemi, pełnemi ścisłości przyrodniczej, wpłynęli ogromnie na całokształt nauk lekarskich. Badaczami tymi, z których nazwiskami łączą się na zawsze najdonioślejszej wagi odkrycia fizyologiczne, są: Franciszek Magendie (1783—1855). Urodzony w Bordeaux, nauki pobierał w Paryżu, gdzie wkrótce po otrzymaniu dyplomu został prosektorem i lekarzem szpitala *Hôtel-Dieu*, a w roku 1831 profesorem *Collège de France*. Śmiało nazwać go można pierwszym twórcą nowoczesnej fizyologii, którą wzbogacił licznemi odkryciami i podziwu godnemi doświadczeniami, jak n. p. doświadczenia nad przedniemi korzeniami nerwów rdzeniowych. Z licznych prac, jakie pozostawił, trudno nie wymienić tak wybornych, jak: *»Précis élémentaire de physiologie«* (Paryż, 1816—4-te wydanie z 1836); *»Leçons sur les phénomènes de la vie«* (4 tomy, 1838) i inne, dotyczące czynności układu nerwowego, o płynie mózgowo-rdzeniowym i t. d. Marya Jan Piotr Flourens. Urodzony 1794 roku w Maurilhan, medycynę studyuje w Montpellier, poczem przybywa do Paryża. Tu w roku 1833 zostaje sekretarzem Akademii, a w roku 1835 profesorem *Collège de France*. W roku 1838 wybrany deputowanym do parlamentu, otrzymuje tytuł para Francyi, umiera w Montgeron pod Paryżem 1867 roku. Pozostawił mnóstwo epokowych dla fizyologii prac, z tych 20 obszernych dzieł. Większość ich odkrywa całkiem nowe horyzonty w sprawach, dotyczących czynności układu nerwowego (*»Expériences sur le système nerveux«*, 1825), jak niemniej rozwoju i odżywiania kości (*Théorie expérimentale de la formation des os*. 1847). Powszechnie też znane i cenione są jego: badania nad rolą móżdżku przy ruchach, nad znaczeniem wzgórka czworaczego dla wzroku, doświadczenie nad działaniem eteru i chloroformu na półkule mózgowe, jego teorya o *»noeud vital«* i t. d., wreszcie cenne jego dzieło: *»De la vie et de l'intelligence«* (1857). Klaudyusz Bernard; urodził się w St.-Julien 1813 r., pobierał nauki lekarskie w Paryżu i tutaj to został profesorem uniwersytetu 1854 roku, a w rok potem, 1855 roku objął katedrę fizyologii doświadczalnej w *Collège de France*. Za Napoleona III-go zasiadł w senacie; umarł 1878 w Paryżu. Z mnóstwa prac naukowych, jakie pozostawił, pierwsze miejsce zajmują: badania nad trawieniem w żołądku i jelitach, nad śliną, krążeniem krwi, oddychaniem, czynnością wątroby, sokiem trzustkowym, nerwem spółczulnym, ciepłem zwierzęcem, cukrzycą, którą zdołał wywołać doświadczalnie u zwierząt przez uraz pewnych części mózgu. Z całego szeregu dzieł wybitnych wymienię tu tylko: *»Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine«* (1850); *»Introduction à l'étude de la médecine expérimentale«* (1865) i *»Leçons de physiologie opératoire«* (1879). Paweł Broca, właściwie antropolog i chirurg, który jednak pracami swemi wzbogacił również fizyologię, a nieśmiertelnem w nauce uczynił nazwisko swe przez odkrycie ośrodka mowy w mózgu. Urodził się 1824 roku w St.-Foy la Grande, był profesorem patologii chirurgicznej wydziału lekarskiego; od roku 1866 członkiem Akademii. W roku 1859 założył paryskie Towarzystwo antropologiczne, w którem sprawował urząd sekretarza aż do końca życia. Prócz tego on to założył 1867 roku pierwszą w Paryżu pracownię antropologiczną, przy której później w 1876 roku powstała osobna szkoła antropologii; on wreszcie jest twórcą założonego w 1872 roku Towarzystwa: *Association française pour l'avancement des sciences*. Na kilka miesięcy przed śmiercią, która nastąpiła 1880 roku, został członkiem senatu. Pisał bardzo wiele, przeważnie dzieł antropologicznych i chirurgicznych, a pozostawił też wyborny *»Atlas d'anatomie descriptive du corps humain«*. Wspaniały posąg bronzowy dłuta Choppina wznosi się ku wiecznej pamięci Broki na *Boulevard St.-Germain* przed gmachem *Ecole de médecine* w Paryżu. Paweł Bert, urodzony 1833 w Auxerre, studyuje medycynę w Paryżu. W roku 1866 zostaje profesorem w Bordeaux i odtąd poświęca się fizyologii. W roku 1869 powołany na katedrę fizyologii w paryskim *Faculté des sciences*, otrzymał w 1875 r. wielką nagrodę Akademii francuskiej 20,000 franków za badania i prace barometryczne. Od roku 1876, wybrany do parlamentu, rzucił się w wir polityki, a w roku 1881 zostaje ministrem w gabinecie Gambetty, z którym razem musiał ustąpić w 1882 roku. Umarł w Tonkinie 1886 roku na stanowisku generalnego rezydenta tej posiadłości francuskiej. Z dzieł jego zasługują na uwagę: wielkie dzieło: *»La pression barometrique«* (Paryż, 1877), w którem wykazuje i tłómaczy wpływ wysokich ciśnień powietrza na ustrój zwierzęcy i roślinny; *»Revue des travaux d'anatomie et de physiologie, publiés en France«* (1866) i dwutomowe *»Notes d'anatomie et de physiologie comparées«* (1870). Karol Edward Brown-Séquard urodził się 1818 roku na wyspie Mauritius, nauki pobierał w Paryżu. Od roku 1840 poświęcił się wyłącznie badaniom fizyologicznym i chorób układu nerwowego. Po powrocie z Ameryki, gdzie dłuższy czas przebywał, zostaje 1869 roku mianowany *professeur agrégé* wydziału lekarskiego w Paryżu, a w roku 1878 profesorem fizyologii doświadczalnej w *Collège de France*. Umarł 1894 roku. Rozliczne, niezmiernie doniosłe prace, dotyczące głównie czynności mięśni, rdzenia pacierzowego, zwojów nerwowych, narządu krążenia, jak również badania nad składem krwi, ogłaszał częścią po angielsku, częścią po francusku. W roku 1858 zaczął wydawać *»Journal de la physiologie de l'homme et des animaux«*, a od roku 1868 wspólnie z Charcotem *»Archives de physiologie normale et pathologique«*. Prócz tych najwybitniejszych pionierów nowoczesnej fizyologii, dzielnie wspomagają ich: Duchenne, o którym była mowa przy chorobach nerwowych; Juliusz Béclard († 1887); Franciszek Longet († 1871) i inni, z których wielu jeszcze żyje i dziś dalej w wytkniętym raz kierunku pracuje.

8. Higiena.

Jakkolwiek sztuka ochraniania zdrowia ludzkiego i zapobiegania chorobom sięga bardzo odległych czasów, bo czasów Mojżesza, jakkolwiek w dziełach Hipokratesa, Celzusa i Ga-

lona — dopatrzeć się można pewnych wyraźnych wskazówek higienicznych, to jednak higiena w tem pojęciu co dzisiaj, jako rozległa, na ścisłych zasadach oparta nauka, jest istotnie nauką, powstałą dopiero w czasach najnowszych. Rozkwitła ona w prawdziwą umiejętność dopiero wtedy, gdy wielkie odkrycia na polu chemii, fizyki, fizyologii, nauk przyrodniczych i technicznych dostarczyły jej poddostatkiem materyału i silnych podstaw naukowych. Odtąd, a więc znów od wieku XIX-go, stała się higiena ową umiejętnością, która uczy nas nietylko — jak się wyraził jeden z autorów francuskich, »*vivre mieux sa vie*«, lecz wyświadcza największe dobrodziejstwo społeczeństwu, chroniąc zdrowie jednostek i całych narodów, ten skarb najdroższy, bez którego »*il n'y a rien de réel, rien de durable, rien de possible*«. Człowiek chory nie może pełnić swych obowiązków zawodowych, ani służyć ojczyźnie, ani wychować dobrze dzieci, ani być podporą starości swych rodziców. Więc też higiena ze wszystkich nauk lekarskich związana najściślej z żywotnymi interesami ludzkości, krzewi się bujnie w ciągu ubiegłego stulecia wszędzie tam, gdzie ziarna kultury kiełkują. Pod tym względem jedno z pierwszych miejsc zajmuje Francya, ojczyzna wielkiego Pasteura, którego imię dzięki genialnym odkryciom, co nowe rzuciły światło na istotę chorób zakaźnych, łączy się z rozwojem higieny, jak z tylu innemi gałęziami wiedzy lekarskiej.

Istnienie urzędowej higieny publicznej, czyli jak dawniej nazywano policyi sanitarnej, datuje się we Francyi od roku 1802, kiedy to prefekt policyi Dubois założył pierwszą „Radę zdrowia" (»*Conseil de salubrité*«) w Paryżu, jako instytucyę stałą, mającą zajmować się zdrowotnością publiczną. Za przykładem stolicy poszły niebawem inne większe miasta Francyi. W Lyonie powstaje *Conseil de salubrité* w 1822 roku, a wkrótce potem także w Marsylii, Lille, Nantes i Bordeaux. Z biegiem czasu, w miarę postępów higieny, powstają wszędzie *Conseils d'hygiène publique*, z których w roku 1851 wyłania się *Comité consultatif d'hygiène publique*. Odtąd zaczynają zbierać się kongresy higieniczne krajowe i międzynarodowe, powstaje cała literatura, poświęcona sprawom zdrowotności, rząd i inicyatywa prywatna czynią wszystko, aby higienę rozpowszechnić, a lekarze, chemicy, inżynierowie, ekonomiści i mężowie stanu wytrwale wspólnemi pracują siłami, żeby nauka ta nie pozostała martwą tylko teoryą, lecz przeniknęła do głębi społeczeństwa francuskie. Bodźcem silnym, jaki wszystkim tym ludziom zasłużonym dodaje otuchy, jest przekonanie, że rozpowszechniając jej zasady, działają dla dobra swego narodu i pewność, że są one w stanie ochronić ludność, przyczynić się do jej fizycznego rozwoju, wzmocnić siły i przedłużyć przeciętne lata życia jednostek. Wprawdzie i tu napotkała higiena zrazu przeciwników, którzy lekkomyślnie wołali: »*où il-y-a de l'hygiène il n'y a pas de plaisir*«; ale pionierzy jej odpowiadali słusznie: »*Où il-y-a hygiène, il-y-a santé et pas de santé, pas de plaisir*«. Od jakich lat trzydziestu higiena wreszcie zdołała przekonać opornych i dziś już tak władze miejskie, jak Izba deputowanych i ministrowie uznali, że jest ona najużyteczniejszą i najpotężniejszą z umiejętności lekarskich, że koniecznie umieścić ją należy w szeregu »*des grands intérêts sociaux dont les gouvernements doivent s'occuper*« (Rochard). A pierwszym praktycznym owocem tego był wniesiony w parlamencie projekt ustawy 1887 roku, mającej na celu utworzenie w Paryżu „Dyrekcyi zdrowia publicznego (»*Direction de la santé publique*«).

Jak szybkim krokiem kroczyła w ostatnich lat dziesiątkach ubiegłego stulecia higiena we Francyi, przekonać się można było podczas wszechświatowej wystawy paryskiej w 1900 r., gdzie w pałacu wojskowości urządzona wystawa wszystkich jej zdobyczy i najnowszych urządzeń, dawała jasny przegląd imponującej całości. Rozpatrując się w niej nieco więcej szczegółowo, można było przyznać słuszność zdaniu jednego z autorów francuskich, który wyraził się, że: »*peu de sciences ont marché d'un pas aussi rapide et réalise autant de conquetes en si peu d'années*«. A jeżeli i dziś jeszcze umiejętność ta spotyka we Francyi przy zastosowaniu praktycznem pewne trudności w wielkim przemyśle, to jedynie skutkiem bezgranicznej chciwości grosza i sobkostwa wielkich kapitalistów, którzy bronią się przeciw jej humanitarnym zarządzeniom. Oni więcej stokroć cenią złoto, niż życie i zdrowie robotnika, który złoto to dla nich wyłącznie wydziera krwawą swą pracą z głębi kopalni lub z pośród trybów machin fabrycznych. I pod tym względem nasuwa się uwaga, wypowiedziana przy innej sposobności przez jednego z wybitnych polskich pisarzy, że „żaden wiek nie był tak egoistycznym i pełnym obłudy, chociaż nad kolebką jego powiewały najpiękniejsze sztandary — spadkobierca on bowiem majestatu ludu..." a jednak rządzi dziś światem nie majestat ów, lecz ten, kto ma najwięcej złota, choćby był istotą bezduszną i bezmyślną, płazem raczej niż człowiekiem. Zakres, jaki dziś objęła higiena, zarówno pod względem ściśle naukowym, jak i zastosowania urządzeń publicznych i prywatnych, jest tak ogromny, że przedstawiając tu tylko ogólny zarys historyczny rozwoju medycyny, ograniczyć się musimy do wymienienia jedynie nazwisk najwybitniejszych higienistów francuskich. Tymi są: Jan Noel Hallé († 1822); Alekander Jan Baptysta Parent-Duchatelet († 1836) autor dzieł: o prostytucyi, o higienie publicznej i jeden z założycieli »*Annales d'hygiène publique*«, które to pismo zaczęło wychodzić w 1829 roku; Antoni Labarraque († 1850); Hipolit Royer-Collard († 1850) profesor higieny w uniwersytecie paryskim; Józef Henryk Réveillé-Parise († 1852), autor między innemi słynnego dzieła: „*Traite de la vieillesse hygiènique*" i „*Hygiène oculaire*"; Mateusz Franciszek Audouard († 1856); Ludwik Franciszek Benoiston de Chateauneuf († 1856); Ludwik René Villermé († 1863); Franciszek Ribes († 1864) profesor higieny w Montpellier, autor głośnego dzieła: »*Traité d'hygiène thérapeutique*«; Adolf Trebuchet († 1865), który, chociaż nie był lekarzem, przyczynił się wielce do poprawienia stosunków zdrowotnych miasta Paryża, jako szef *Conseil de salubrité*; Jan Chrystyan Boudin († 1867), higienista wojskowy, wielce zasłużony około poprawy stosunków zdrowotnych w koszarach i więzieniach, pisarz nadzwyczaj płodny, pozostawił bardzo wiele cennych dzieł i rozpraw, a przez długie lata był naczelnym redaktorem »*Annales d'hygiène publique*«; Edward Adolf Duchesne († 1869); Amadeusz Lefèvre († 1869) lekarz marynarki francuskiej; August Frydoryk Dutroutau († 1872) lekarz wojskowy, który w dziele swem, uwieńczonem nagrodą, przedstawił choroby Europejczyków w strefach gorących i sposoby zapobiegawcze; Michał Lévy († 1872) autor bardzo rozpowszechnionej książki: „*Traité d'hygiène publique et privée*", pięciokrotnie wydawanej; Jakób Alfons Gérard († 1874) znakomity higienista, redaktor od 1845 r. „*Annales d'hygiène*"; August Gabryel Vernois († 1877), autor licznych prac z zakresu higieny różnych zawodów; Paweł Jolly († 1879); Ludwik August Rapp († 1881), lekarz wojskowy, przyczynił się wiele do przekształcenia na sposób nowoczesny wojskowej służby zdrowia; Sulpiciusz Antoni Fauvel († 1881), którego zasługą jest zorganizowanie międzynarodowej komisyi i służby zdrowia w Turcyi dla ochrony krajów europejskich przed nawiedzeniem ich zarazą moru i cholery; Jan Baptysta Hillairet († 1882); Ludwik Adolf Bertillon († 1883); Prosper Lucas († 1885) i reszta żyjących jeszcze wybitnych higienistów, których nazwiska dopiero kiedyś później przejdą do historyi.

Higiena też podała cenne wskazówki do urządzenia odpowiedniego szpitali paryskich, zakładów leczniczych i sal operacyjnych, mogących służyć za wzór. Obecnie większością szpitali paryskich zarządza »*l'Assistance Publique*«, instytucya, której budżet roczny na zakłady lecznicze wynosi 36 milionów franków. Szpitale, pozostające pod jej generalnym zarządem, są: *Hôtel-Dieu*, *Pitié*, *Charite*, *St.-Antoine*, *St.-Louis*, dalej: *Hôpital Necker*, *Andral*, *Beaujon*, *Bichet*, *Broca*, *Cochin*, *Lariboisière*, *Broussais*, *Ricord*, *Laennec*, *Tenon*, *Trousseau*, *Hôpital des Enfants-Malades* i dwa *Maisons d'accouchement*. Ze szpitali tych wychodzi rocznie przeciętnie 50,000 mężczyzn i 40,000 kobiet, a około 18,000 dzieci; liczba zgonów wynosi przeciętnie 7,000 mężczyzn, 5,000 kobiet i 3,000 dzieci. Prócz tego istnieje w Paryżu całe mnóstwo domów zdrowia publicznych, jak np. znakomicie prowadzone: *Maison municipale de santé*, *Maison des Hospitaliers de St. Jean-de-Dieu*, *Maison des Dames Augustines de Meaux*, *Maison Rivet*, *l'Etablissement hydro-therapique d'Auteuil* i liczne prywatne kliniki lub inne szpitale, nie będące już w zarządzie *Assistance publique*.

9. Louis Pasteur.

Dnia 27 grudnia 1822 r. w Dôle (departament Jura) urodził się człowiek, którego zwłoki, gdy po 73 latach pełnego zasług dokonał żywota, złożone zostały na wieczny spoczynek w mauzoleum Instytutu jego imienia. Mowę pogrzebową zakończył ówczesny minister oświaty Rambaud temi pamiętnemi słowy: „... jak owe groby, na których ongi widziano spełniające się cuda, tak miejsce to i gmach ten otoczone będą na zawsze aureolą. Pozostaną one źródłem dla przyszłych zdobyczy naukowych, z których ludzkość kiedykolwiek będzie korzystać, a każdy nowy promień sławy złotym plaskiem splynie na grobowiec ten i ten gmach, którego gościnne bodwoje otworem stały dla wielkiej, prawdziwej nauki. U stóp sarkofagu Pasteura przez długie lata spotykać się będą: wdzięczność całej ludzkości z wdzięcznością jego najbliższej ojczyzny". — I prawdę szczerą powiedział przedstawiciel rządu francuskiego, bo człowiek ów, którego prochy tak wymownie żegnał, był nietylko genialnym uczonym, lecz sama przyroda uświęciła go na mistrza: on miał oczy, uszy i serce dla zjawisk zewnętrznych otwarte, więc też

świat wokoło niego, tak bogaty i pełen osnowy, nie był mu stepem głuchym i martwym. On miał wiarę niezłomną, że nauka i pokój zwyciężą ciemnotę i wojnę, że narody dojdą kiedyś do wspólnego porozumienia, nie dla tego, aby niszczyć, lecz aby budować, i że przyszłość należeć będzie do tych, którzy najwięcej uczynią dla cierpiącej ludzkości. Więc jak niegdyś o Juliuszu Cezarze wyraził się Szekspir, tak i o nim powiedzieć można: nie mało uczonych minie, nim drugi Pasteur się narodzi.

Wszystkim, nawet nie lekarzom, wiadomo, jaki przewrót prace jego i badania wywołały w dotychczasowych pojęciach naukowych medycyny, ile dobroczynnych wprowadziły czynników do leczenia najgroźniejszych, bo szerzących się zakaźnie chorób, ile nowych sposobów ochrony zdrowia podały higienie. A trzeba było istotnie prawdziwego geniuszu, aby człowiek ten, który sam o sobie powiedział, że jest »*étranger aux connaissances médicales*«, dokonał tylu epokowych dla wiedzy lekarskiej odkryć. I trzeba było prawdziwego geniuszu, aby nie będąc właściwie ani specyalistą w badaniach drobnowidowych, ani bakteryologiem w dzisiejszem tego słowa znaczeniu, wykonać to wszystko, co on wykonał. Na ostatniej wystawie paryskiej 1900 r. zebrano przyrządy, jakich używał do swych badań Pasteur, tak proste i pierwotne w porównaniu z późniejszymi, będącymi ostatnim wyrazem techniki. To też patrząc na nie, myślącemu człowiekowi nasuwało się mimowoli zdanie, wypowiedziane przytem przez Delosierea, że widok ich to: »*spectacle aussi suggestif, aussi générateur des reflexions, que la vue du chapeau de Napoléon I, ou du berceau du roi de Rome*«.

Ocena całej olbrzymiej działalności naukowej Pasteura przekracza ramy niniejszej rozprawy i czeka na pióro wytrawniejsze, więc tylko pozwolę sobie tutaj nakreślić szkic mały i w kilku punktach zebrać zwięźle to, co nieśmiertelnym blaskiem opromienia jego imię.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że Pasteur dał właściwy początek nowoczesnej nauce o drobnoustrojach (*Théorie des germes*), która do głębi wstrząsnęła podstawami całego rozległego obszaru umiejętności lekarskich. On to dowiódł, że w przyrodzie nie istnieje samorództwo, obalając błędną teoryę o *generatio aequivoca* bakteryi, że fermentacya i gnicie „towarzyszy nie śmierci, lecz życiu“, że drobnoustroje, wywołujące choroby zakaźne, można odosobnić, hodować sztucznie i zaszczepiwszy żywemu ustrojowi, tę samą wywołać chorobę. On wreszcie zdołał ich siłę chorobotwórczą osłabić różnymi sposobami, a przez szczepienie tak osłabionych uczynić ustrój odpornym na zakażenie i ochronić w ten sposób od najcięższych, najstraszniejszych chorób. A we wszystkie te badania wprowadził niezbędną ścisłość i ożywił je niezwykłą bystrością spostrzegawczą swego niepospolitego umysłu.

Wielkie odkrycia Pasteura otworzyły dopiero oczy innym na niezmierzone, nietknięte jeszcze ugory dalszych badań i nowych doświadczeń, a zastosowane w praktyce stały się prawdziwem dobrodziejstwem ludzkości. Lister sam przyznaje, że do wprowadzenia w chirurgii nowego opatrunku, który wywołał znany zwrot w całej dziedzinie operacyjnej, natchnęły go wyniki badań pasterowskich. Niemieccy bakteryolodzy, z Robertem Kochem na czele, większą część swych odkryć późniejszych oparli też na zasadach, głoszonych przez Pasteura.

Rozpatrując się w szczegółach prac pasteurowskich, możemy sobie wyrobić dopiero pojęcie o wielkiej ich doniosłości. Przedewszystkiem występuje on z witalistyczną zasadą kiśnienia i gnicia, udowadnia, że procesy te, tak znane i niezbędne w przyrodzie, wywołane zostają przez czynność pewnych drobnoustrojów; dowodzi, że fermentacya mleczna, masłowa i octowa dokonywa się pod ich wpływem.

W r. 1857 ogłasza odkrycie, że przemiana cukru mlecznego w kwas mleczny dokonywa się pod działaniem właściwego fermentu, który nazwał „nowemi drożdżami“ w odróżnieniu od drożdży znanych już, a wywołujących fermentacyę piwa. Wkrótce potem udowadnia, że i kwas winny rozkładają pewne fermenty na kwasy, z których jeden fermentuje, drugi nie.

Objaśnia działanie t. zw. *fleur du vin* i *fleur du vinaigre*, czyli *mycoderma vini* i *mycoderma aceti*, a w związku z tem robi cały szereg doświadczeń nad rozkładem wina, dochodzi do odkrycia drobnoustrojów, które rozkład ten wywołują, opisuje je i hoduje sztucznie, a znalazłszy przyczynę t. zw. kwaśnienia wina, podaje proste i pewne sposoby zapobiegawcze (pasteryzowanie wina).

W roku 1858 robi cenne spostrzeżenia nad rozwojem drożdży, wykazuje, z czego się one składają i w jakich warunkach mogą żyć lub ginąć i podaje normalny płyn odżywczy dla hodowania ich.

Przy sposobności badań nad fermentacyą masłową odkrywa ferment, który może żyć bez powietrza, a nawet, że tlen wprost mu szkodzi i powoli zabija. Wkrótce odkrywa drugi podobny ferment winianu wapna (1863 roku). Przedstawia więc naukowemu światu rzecz całkiem nową i niezmiernie ciekawą: że istnieją bakterye, które dopiero wtedy mogą się rozwijać, gdy je pozbawimy tlenu, podaje sposoby hodowania ich i pierwszy na tej podstawie wprowadza podział drobnoustrojów na bakterye anaërobowe (beztlenowce) i bakterye aërobowe (tlenowce).

Niezmiernie ważne też są jego spostrzeżenia nad chorobą jedwabników, tą plągą hodowców, która epidemicznie niszczyła całe mnóstwo jedwabniczych kolonii.

Wynajduje metody hodowania bakteryi wąglika, dowodząc niezbicie, że śmiertelna ta choroba wywołaną bywa jedynie przez bakterye. W toku tych doświadczeń wykazuje, że istnieje jeszcze drugi zarazek, bardzo podobny do wąglikowego, a jednak inny, który nazwał »*vibrion séptique*«, a który wywołuje posocznicę.

Przy pomocy obmyślonego przez siebie sączka (filtra) do przesączania drobnoustrojów i pożywki odżywczej do hodowania bakteryi, podaje pierwszą metodę rozdzielania i otrzymywania czystych hodowli, która, jakkolwiek bardzo trudna technicznie i mozolna, a później dopiero przez innych badaczy uproszczona, posłużyła mu do wykonania wszystkich dalszych wiekopomnych odkryć. Wreszcie w roku 1880 zadziwia świat cały odkryciem, dokonanem najpierw na bakteryach t. zw. cholery kur, że siła chorobotwórcza drobnoustrojów tych słabnie pod pewnymi, ściśle dającymi się określić warunkami, przyczem one same ani nie giną, ani nie zmieniają swego wejrzenia. Wkrótce po tem pierwszem, niesłychanie dla dalszych badań doniosłem odkryciu, znajduje, że i prątek wąglika można w odpowiedni sposób osłabić. Odtąd zaczyna się cały szereg doświadczeń Pasteura nad sposobami osłabienia jadów chorobotwórczych, uwieńczony tak wspaniałem odkryciem, jak ochronne szczepienie wścieklizny.

Pierwsze próby uodpornienia żywego ustroju przez szczepienie jadu chorobotwórczego wykonał na świniach, szczepiąc im z dodatnim wynikiem bakterye choroby, zwanej *mal rouge des porcs*. Podnietę do doświadczeń w tym kierunku dało Pasteurowi spostrzeżenie, które uszłoby uwagi niejednego mniej bystrego badacza, mianowicie, że w cholerze kurzej, wywołanej szczepieniem z hodowli sztucznych, zarazek działa tem silniej, im świeższą jest hodowla, a po pięciu n. p. tygodniach nie zabija już kury, tylko powoduje lżejszą, krótkotrwałą chorobę. Robi więc dalej próby z innymi zarazkami i przekonywa się, że krew zwierząt, dotkniętych wąglikiem, ogrzana do pewnego stopnia i wstrzyknięta zwierzęciu zdrowemu, nie sprowadza już śmierci, a tylko wywołuje gorączkę. Zachęcony tem, śledzi ciągle i odnajduje różne czynniki, które w ten sam sposób osłabiająco wpływają na siłę bakteryi. Idąc niestrudzenie coraz dalej i robiąc coraz to nowe z ogromnym nakładem pracy podejmowane doświadczenia, dochodzi wreszcie do najdonioślejszego odkrycia. Przedewszystkiem wykazuje, że we wściekliźnie zarazek dostaje się do ustroju drogą nerwów i ogarnia tylko ośrodki, t. j. mózg i rdzeń pacierzowy, że go można przez wysuszenie osłabić, a zaszczepiwszy tak osłabiony nawet po ukąszeniu, zapobiedz wybuchowi choroby. Gdy szczepienia, wykonane w Instytucie Pasteura przez szereg lat, dowiodły, że z zaszczepionych 21,631 osób pokąsanych umarło tylko 99, czyli 0·45%, metoda szczepienia wścieklizny przyjętą została powszechnie, jako największe dobrodziejstwo nowoczesnej medycyny.

Dzięki tym wszystkim nadzwyczajnym odkryciom Instytut Pasteura w Paryżu staje się miejscem pielgrzymek lekarzy i przyrodników całego świata, a urządzony wzorowo i wyposażony bogato, jest po dziś dzień ogniskiem najżywotniejszych, najciekawszych badań naukowych, które dalej prowadzą po śmierci mistrza: Duclaux, Chamberlan, Roux, Miecznikow i inni. A ta szkoła, stworzona geniuszem wielkiego człowieka, przyniesie nam z pewnością nie jedno, bo: *I morgen er atter en dag*[9]).

A teraz kilka dat z życiorysu znakomitego uczonego: Urodzony 1822 r. jako syn garbarza, nauki pobiera w Besançon; od r. 1843 uczęszcza do *l'Ecole normale* w Paryżu, w której 1847 r. zostaje asystentem i na tem już stanowisku dokonywa swych pierwszych głośnych badań nad polaryzacyą. W 26-tym roku życia 1848 r. powołany na katedrę fizyki w liceum w Dijon: w rok później zostaje profesorem chemii w Strasburgu; w r. 1854 organizuje w Lille nowo utworzony *Faculté des sciences*. W r. 1857 obejmuje kierownictwo *Ecole normale* w Paryżu, a w r. 1863 zostaje profesorem geologii, fizyki i chemii w szkole sztuk pięknych. W roku 1867 mianowany profesorem chemii w Sorbonie, 1868 dyrektorem fizyologiczno-chemicznego laboratoryum w *Ecole des hautes études*,

[9]) Słowa Waldemara IV, króla Danii z XIV w., znaczą: I jutro jeszcze będzie dzień. (*Przypisek autora*).

a w r. 1889 dyrektorem utworzonego ze składek publicznych słynnego paryskiego *Institut Pasteur*.

Dzieł naukowych ogłosił według *Revue scientifique* 198, z których epokowe znaczenie mają: »*Nouvel exemple de fermentation determinée par des animalcules infusoires pouvant vivre sans oxygène libre*« (Paryż 1863); »*Etudes sur le vin, ses maladies etc.*« (Paryż 1866, drugie wydanie z 1872); »*Etudes sur le vinaigre, ses maladies etc.*« (Paryż 1868); »*Etudes sur la maladie des vers à soie*« (Paryż 1870); »*Etudes sur la bière*« (Paryż 1876) i cały cykl prac, dotyczących różnych chorób zakaźnych ludzi i zwierząt, a wreszcie wścieklizny.

Umarł 1895 r. w Paryżu. Zwłyki jego złożone zostały tymczasowo w podziemiach katedry *Nôtre-Dame*, skąd dn. 26 grudnia 1896 r. przewieziono je uroczyście do krypty, urządzonej w Instytucie Pasteurowskim przy *rue Dutot*. Krypta ta, będąca olśniewającem a poważnem dziełem sztuki, jest godnem miejscem spoczynku wielkiego człowieka. Ściany jej białe, marmurowe, o szerokich żyłach czarnych; pilastry z marmuru zielonego podtrzymują sklepienie, pokryte wspaniałą mozajką, przedstawiającą alegorycznie prace i doświadczenia, którym zmarły całe swe życie poświęcił. W środku stoi nizki gładki sarkofag z czarnego marmuru, a na nim wyryte tylko dwa wyrazy: Louis Pasteur, lecz zdobią go one więcej, niż wszystkie tytuły i godności. Patrzącemu na ten grobowiec uczonego mimowoli przychodzi na myśl inny sarkofag, wzniesiony pod złoconą kopułą Pałacu Inwalidów: otaczają go zdobyte sztandary, które ongi łopotały nad krwawemi polami bitew, a teraz cicho zwisają nad trumną cesarza, co berło świata dzierżył i jednem skinieniem na śmierć słał tysiące, pełne sił i życia i młodości. Spoczął w najbliższem sąsiedztwie dobroczynnego schroniska wysłużonych obrońców ojczyzny, którzy smutno czekają rychło i dla nich ostatnia wybije godzina. A tamten — śpi wiecznym snem również wśród swoich najbliższych, lecz tam w górze nad jego grobowcem wre dalej w całej pełni zbawienna dla ludzkości praca, bo on w niej życie iskrą geniuszu swego rozniecił.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* Dr. Serkowski z Łodzi zawiadamia, że w pracowni swojej urządza dla lekarzy kurs praktyczny bakteryologicznego rozpoznawania cholery, dla grupy pierwszej od dnia 22 maja, dla drugiej — od dnia 2 czerwca. Program tych zajęć jest następujący: 1) wyosobnianie przecinkowców cholerycznych; 2) różniczkowanie ich; 3) objaw Pfeiffera; 4) aglutynacya; 5) serodyagnostyka cholery; 6) sposoby przygotowania szczepionek przeciwcholerycznych i szczepień ochronnych; 7) zasady praktycznego odkażania.

Towarzystwo samopomocy lekarzy: Na fundusz zapomogowy, istniejący przy tem Towarzystwie, złożył Dr. Józef Roth z Krempny 40 koron, zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr. Brilla.

Dr. Langie, sekretarz generalny.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18 maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 10 b. m. posiedzenie nadzwyczajne. Przewodniczący wyraził w imieniu Towarzystwa słowa szczerej wdzięczności i uznania kol. Wrzoskowi za dotychczasowe sumienne i umiejętne sprawowanie urzędu bibliotekarza Towarzystwa. Kol. Jan Landau jednomyślnie został wybrany bibliotekarzem. Następnie odbyły się odczyty: kol. Rosnera: „O bolach międzymiesiączkowych" i kol. Borzęckiego: „Kiedy możemy osobnikowi, który przebył kiłę, pozwolić na zawarcie związków małżeńskich".

* Dr. Jan Piltz, którego mianowanie na stanowisko profesora psychiatryi w Uniw. Jagiell. zostało urzędownie ogłoszone, odbył dnia 16 b. m. wykład wstępny przy licznym udziale lekarzy miejscowych i młodzieży.

* Dr. Jan Mierzejewski, b. profesor psychiatryi w Petersburgu, otrzymał order białego orła.

* Towarzystwo lekarskie w Wilnie odmówiło wzięcia udziału w cyklu wykładów publicznych o cholerze, nie życząc sobie obowiązkowego poddawania odczytów pod cenzurę policyjną.

* Wyszło z druku XXXII Sprawozdanie Towarz. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, z którego dowiadujemy się, że w r. 1904 leczono w szpitalu św. Ludwika chorych stałych 1378, przychodnich 6355. Z tych ostatnich było prawidłowo rozwiniętych 4121, gruźliczych — 662, zołzowatych — 764, krzywiczych — 765, kiłowatych — 43. Porady chirurgicznej zasięgało osób 1377: z tych przyjęto do stałego leczenia 288; ambulatoryjnie wykonano operacyi 658; założono opatrunków — 212; na chorych stałych wykonano 305 zabiegów operacyjnych. W oddziale chorób zakaźnych leczono na błonicę surowicą przeciwbłoniczą prof. Bujwida osób 245, z których 65,5% wyszło wyleczonych, 32,6% zmarło, 2,9% pozostało na r. 1905. Intubacyę wykonano 126 razy, następową tracheotomię 9 razy. Na płonicę leczono 196 dzieci, z których wyzdrowiało 70%, zmarło 25,5%, pozostało na rok 1905 — 4,5%. Roczna śmiertelność ogólna wynosiła w r. 1904 — 33%.

Sprawozdanie nastręcza nam jeszcze następujące uwagi:

1) Ambulatoryum kliniczne wzrasta z każdym rokiem:

rok 1901 . . .	5,474	chorych
„ 1902 . . .	5,646	„
„ 1903 . . .	6,229	„
„ 1904 . . .	6,355	„

2) Szpital św. Ludwika nie jest ściśle biorąc jedynie krakowskim szpitalem, przeważa w nim liczba chorych zamiejscowych, a przewaga ta najwyraźniej występuje w oddziale chorób zakaźnych, co do których można powiedzieć, iż w szpitalu św. Ludwika znajdują schronienie chorzy prawie z całej zachodniej Galicyi.

3) Obok kliniki zasługuje na wzmiankę oddział chirurgiczny, gdzie leczono stałych chorych 305, a oprócz tego wykonano ambulatoryjnie 658 zabiegów operacyjnych i założono 212 trwałych opatrunków (gipsowych i innych).

4) Oddział chorób zakaźnych był w r. 1904 przepełniony: leczono na błonicę 245 chorych (z tych 170 zamiejscowych), na płonicę 196 chorych (z tych 115 zamiejscowych).

5. Kolonia w Rabce rozwija się nader pomyślnie: w roku sprawozdawczym było 141 dzieci, a tej liczby nigdy przedtem nie było.

* Ustawa o Radzie szkolnej krajowej, uchwalona przez Sejm galicyjski podczas ubiegłej sesyi, wchodzi w życie z dniem 10 czerwca. W składzie tej Rady szkolnej, zorganizowanej podług uchwały sejmowej, nie będzie zasiadać lekarz, niema też go w spisie osób, przedstawionych cesarzowi do zatwierdzenia na stanowiska członków Rady. I chyba przypadkowi przypisać to trzeba będzie, jeśli Rady miejskie Lwowa i Krakowa, wybierające po jednym delegacie do Rady szkolnej, zechcą do niej wprowadzić lekarza; natomiast pozostanie zupełne i zdumiewające zapoznanie przez Sejm zasady, że stanowisko lekarza w Radzie szkolnej jest wprost niezbędne, że w wychowaniu publicznem rozwój cielesny jest częścią równorzędną z rozwojem umysłowym, a ochrona zdrowia młodzieży, zwłaszcza w naszych tak niehigienicznych budynkach szkolnych, jest postulatem sumienia, wypływającym z ustawy, obowiązującej Radę szkolną krajową. Nie wiemy jakie stanowisko zajęli lekarze-posłowie, gdy sprawa ważyła się w Sejmie; odczuwamy jednak cierpko, że pomimo ich powagi mogła przejść uchwała ze stanowiska społecznego tak wadliwa, tak nielicująca z elementarnemi potrzebami wychowania publicznego.

* Między 23 a 29 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, (1 gm.), brzeżańskim (3 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim, horodeńskim (po 2 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), kamioneckim (5 gm.), kołomyjskim (2 gm.), liskim, nadwórniańskim, niskim (po 1 gm.), nowosądeckim, przemyskim (po 2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), rohatyńskim, śniatyńskim (po 1 gm.), staro-samborskim, stryjskim (po 4 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim (3 gm.), zborowskim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (3 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Lutbje mian. został prof. nadzwyczajnym i kierownikiem klinicznego ambulatoryum w Erlandzie.

Nekrologia. Dr. Leon Dudrewicz, ordynator warszaw. szpitala dla dzieci, zmarł w 66 r. życia. Szkoły średnie ukończył w Warszawie, uniwersytet — w Moskwie, a doktoryzował się w Warszawie roku 1863. Po skończeniu uniwersytetu trudnił się wykonawstwem lekarskiem w Kałuszynie, a od roku 1868 osiadł w Warszawie, gdzie życia dokonał. Wykształcony wszechstronnie, ogłosił drukiem kilkanaście roz-

praw z różnych gałęzi medycyny. Dr. Edward Brill zmarł w Żmigrodzie d. 5 maja. Dr. Everett Dutton, należący do szkoły lekarskiej „międzyzwrotnikowej“ w Liwerpolu, zmarł na wyprawie naukowej w Kasongo (kraj Congo), licząc lat 29. Pozostawił znakomite badania nad śpiączką negrów (*trypanosomiasis*) a w ostatnim czasie pracował nad chorobą „tick fever“, grasującą w Afryce równikowej; na krótko przed śmiercią doniósł, że wraz z Toddem udowodnił drogą szczepień z człowieka na małpy, że chorobę tę wywołuje gatunek prątka krętego (*spirochaete*).

Bibliografia

— *Nowiny lekarskie* Nr. 5. Kostanecki: Descensus testiculorum. Lemberger: O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie.

— *Zdrowie* Nr. 5. Brunner: Zasady walki z cholerą. Chmielińska: O bezpłatnych zabawach dzieci ubogich. Polak: O nowym sposobie przyrządzania krowianki.

— *Medycyna* Nr. 18. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.). Klein: Stan obecny nauki o nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków dokonanego przez autora (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. Brunner: Przyczynek do hodowli beztlenowców. Krokiewicz: Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc (dok.). Pawiński i Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek (dok.).

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. I. Bikeles i Gizelt: Fizyologiczne doświadczenia na psach. Męczkowski: Historya szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 3 (poświęcony przeważnie Zjazdowi balneologicznemu). Praschil: Kilka słów o kąpielach słonecznych. Dłuski: Sanatoryum dla chorych piersiowo w Zakopanem.

— *Głos lekarzy* Nr. 10 zawiera: Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy ordynujących. — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.) — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Feileton.

— *Przegląd felczerski* Nr. 9 zawiera: Cholera. — Re- transi implantacya zębów. — Leczenie gorączki u chorych na gruźlicę płuc.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 19. Kimla: Latentni hypoplasie vrozenó složitých orgánů žlazových při vrožene přijici. Hynek: Haemovoluminimetr co přistoj ku makroskopické diagnostice krevnich onemocněni. Pexa: Serotherapie při spále a několik připadův, antiscarlatinosnim serem Bujwidovým lečenych. Slavik: Druhá výročni zpráva lecebného ustavu k lečeni paprsky světetnymi i t. d. w Praze.

— *Sbornik klinický* Č. 4. Pitha: O nádorech placentárnich. Vanýsek: Význam expiračni retardace pulsu, orthostaciské tachykardie Thomayerovy a Erbenova přiznaku.

— *La Presse médicale* Nr. 36. Chauffard: Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych na tle meningokoka. Jarvis: Obecna epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Ameryce.

Nr. 37. Landouzy: Choroba królewska. Uzdrawiające dotykanie gruczołów zołzowych przez królów dawnej Francyi i Anglii. Courmont: Lecznica przeciwgruźlicza w Lugdunie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19. Rubner: Przemówienie przy otwarciu higienicznego Instytutu w Berlinie. Ehrlich i Sachs: Mechanizm działania antyamboceptorów. Grawitz: Choroby krwi a balneologia. Prausnitz: W sprawie różniczkowania mętwika cholery a mętwików podobnych do cholerycznych zapomocą badania agaru krwi. Hoffmann i Marx: Przyczynek do poznania znamion Quinquauda. Steinsberg: Leczenie miażdżycy tętnic. Fisch: Leczenie kąpielowe przy chorobach serca i zaburzeniach wyrównania. Immelmann: Ortofotografia serca.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 19. Singer: Rzekome zapalenie wyrostka robaczkowego a ból krętniczokątniczy (*ileocoecalis*). Zeitner: Rytmiczne tętniące poruszanie głowy (objaw Musseta) w chorobie Bassedowa. Favarger: Przyczynek do etyologii osłabienia mięśnia sercowego. Kühnel: Przypadek przebicia zserowaciałego gruczołu zaoskrzelowego do przełyku i prawego oskrzela głównego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 19. Gerhardt: Patogeneza żółtaczki. Forssner: O możliwości rozróżniania zapomocą odczynu precypitynowego wyosobnionych ciał białkowatych, zwłaszcza płynów, zawierających białko a pochodzących z tego samego ustroju. Wegele: W sprawie rozszerzenia żołądka z zwiotczenia. Hueter: Krwionercze (*haemonephrosis*) a rak nerki. Bittorf: Pochodzenie szmeru sercowo-płucne, czy też z zagięcia aorty? Zarazem uchyłek aorty z pociągania przez gruźlicze gruczoły. Denker: Leczenie gorączki siennej. Lommel: Leczenie białaczki istotnej i rzekomej promieniami Röntgena. Scheben: Przyczynek do skuteczności operacyi Edebohlsa. Schläpfer: Wpływ wibracyi na czucie przy faradyzacyi. Schlachta. Chemiczne naśladowanie biologicznego działania promieni.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 19. König: O raku. Noorden: Leczenie otyłości. Sasaki: Doświadczenia nad znaczeniem istot wyciągowych mięsa dla trawienia żołądkowego. Neisser: Doświadczenia nad przenoszeniem się kiły na małpy. Prowazek: Badania nad istotą czynnika w krowiance.

Redakcya otrzymała. XXXII-cie sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 19 (od dnia 7/V do 13/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dziew. 24; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 26, kob. 22; zamiejscowych: męż. 9, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 4, obcych —. 2) gruźlica: miej. 14, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 3, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 48, obcych 15.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.